ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ
RAPPORT ANNUEL
ANNUAL REPORT

2006-2007

2008-01551/

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔪᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᕐᖀᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ
RAPPORT ANNUEL
ANNUAL REPORT

2006-2007

ᐁᓇᓕ 1, 2006-ᒥᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒧᑦ
du 1er avril 2006 au 31 mars 2007
from April 1st, 2006 to March 31, 2007

ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᔪᑦ / Planification / Coordination
ᕼᐊᓚᓐ ᑎᐊᓐ / Helen Dion
ᐅᐹᐱ ᒍᐊᑦ / Robert Watt

ᑐᓴᕋᑦᓴᓕᐅᕐᑐᑦ / Textes / Texts
ᓄᓇᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᕐᓯᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᑕ ᐱᓇᓱᑎᖏ
Employés de la Régie regionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Nunavik Regional Board of Health and Social Services Staff

ᐃᓄᑦᑎᑑᓕᑎᕆᔪᑦ / Traduction Inuttitut / Inuttitut Translation
ᐅᐹᐱ ᒍᐊᑦ / Robert Watt
ᐋᓚᓯ ᕼᐃᑭ / Alasie Hickey

ᐅᐃᒍᐃᑎᑑᓕᕐᑎᕆᔪᖅ ᖃᑉᓗᓈᑎᑐᑦᓗ / Traduction française et anglaise / French and English Translation
ᓂᑰᓚ ᐹᑦᑕᓴ / Nicolas Baltazar
Boreal Expressions, boreale@sympatico.ca

ᑕᒻᒪᓯᒪᔪᕐᓯᐅᑐᖅ / Révision / Proofreading
ᐋᓚᓯ ᕼᐃᑭ / Alasie Hickey
ᓂᑰᓚ ᐹᑦᑕᓴ / Nicolas Baltazar
Boreal Expressions, boreale@sympatico.ca
ᕼᐊᓚᓐ ᑎᐊᓐ / Helen Dion

ᐊᑦᔨᓕᐅᕆᔨᓂᖅ / Photographies / Photographs
ᓯᑎᕙᓐ ᓚᒦ / Stéphane Lemire
ᑎᓃ ᓚᒧᓐᑕᓐ / Denis Lamontagne
ᐊᑦᔨᕐᒍᐊᓕᕆᕕᒃ / Archives

ᖃᕆᑕᐅᔭᒧᑦ ᐃᓂᕐᖁᓇᕐᑐᓕᐅᕐᑐᑦ / Conception graphique / Graphic design
Etsetera Design Inc.

ᐊᒥᓱᓕᐅᕐᑎᑦᓯᔪᓃᑦ / Impression / Printing
Les Entreprises Serge Lemieux

ᐋᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐋᓚᖅᑯᑎᕐᒥᖕᒧᑦ / Dépôt légal / Legal deposit
ᑯᐯᒃ ᐊᑐᐊᒪᕐᑲᕕᐅᑉ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec – 2007
ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᐊᒪᕐᑲᕕᐅᑉ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada – 2007
ISBN 2-922764-23-0

ᓀᓪᓕᑎᕐᓯᒪᔪᑦ
List of Abbreviations and Acronyms
Liste des abréviations et acronymes

English/Anglais ᖃᓪᓗᓈᑎᑐᑦ	French/Français ᐅᐃᒍᐃᑎᑐᑦ	Meaning/Signification ᑐᑭᖓ
–	*JASP*	ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᓄᓇᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᕆᓂᖓᓂᒧᑦ ᐅᓪᓗᖁᑏ Annual Public Health Days Journées annuelles de la Santé publique
AHF	–	ᓄᓇᓕᑐᕋᑦ ᒪᒃᓴᕆᑎᑦ ᓴᓇᓂᐊᑦᑎᕐᒥᓂᑦ ᕿᓇᐅᔭ ᑖᐱᐅᔩ Aboriginal Healing Foundation Fondation pour la guérison des Autochtones
C.diff	*C.diff*	Clostridium difficile
CAVAC	*CAVAC*	ᐱᕋᔭ ᑕᐅᓯᒪᔪ ᐃᑲᔪᑕᐅᒥᐊ ᑐᐱᖓ Crime Victims Assistance Centre Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CLSC	*CLSC*	ᓄᓇᓕᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᐱ Local community health centre Centre local de services communautaires
FNIHB	*DGSPNI*	ᐊᓪᓚ ᐃᓄᐃᓗ ᑲᓄᐃᓐᓇᕐᒥᓯᐊᓂᓕᕆᓂᒧᑦ ᐊᓪᓚᕕᖓ ᑲᓇᑕᒥᐅ ᑲᓄᐃᓐᓇᕐᒥᓯᐊᓂᓕᕆᕕᖓᓂ First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
FNIHCC	*PSDMCPNI*	ᐊᓪᓚ ᐃᓄᐃᓗ ᐊᓇᕐᕆᒡᓇᖅ ᑲᒪᒃᓴᐅᓂᖓᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᒥᐅ ᑲᒪᒃᓴᐅᓂᖓᒥ First Nations and Inuit Home and Community Care Programme de soins à domicile et en milieu communautaires des Premières nations et des Inuits
FNQLHSSC	CSSSPNQL	ᐊᓪᓚ ᑯᐯᒥᐅ ᓛᐸᑐᐊᒥᐅᓗ ᐃᓗᓯᕆᓂᖓᓂ ᒨᓂᖅᓯᓂ ᑲᐅᔨᓴᑎᖓ First Nations Quebec and Labrador Health and Social Service Commission Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
INSPQ	*INSPQ*	*Institut national de santé publique du Québec*
IRMP	*PDRI*	ᑐᓴᐅᒪᒃ ᑕᐅᑎᒍᑎᒃ ᓂᐅ ᐸᕐᓀᕐᑕᐅᓂᖓ Information resources Master Plan Plan directeur des ressources informationnelles
ITK	*ITK*	ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᕇᑦ ᑲᓇᑕᒥ Inuit Tapiriit Kanatami
KMHB	*OMHK*	ᑲᑎᐱᒃ ᓄᓇᓕᓂ ᐃᓗᓕᓐᓂᒧᑦ ᐊᓪᓚᕕᒃ Kativik Municipal Housing Bureau Office municipal de l'habitation Kativik
KRG	*ARK*	ᑲᑎᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᕙᒪᖓ Kativik regional Government Administration régionale Kativik
KRPF	*CPRK*	ᑲᑎᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐳᓖᓯᖁ Kativik Regional Police Force Corps policier régional Kativik
KSB	*CSK*	ᑲᑎᐱᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᕆᓂᖅ Kativik School Board Commission scolaire Kativik
MRSA	*SARM*	Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

MSSS	*MSSS*	*Ministère de la Santé et des Services sociaux*
MUHC	*CUSM*	ᒪᑭᐊᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᕐᕙᐊᕐᒪᑕ ᐋᓐᓂᐊᐱᕐᒪ McGill University Health Centre Centre universitaire de santé McGill
NRBHSS	*RRSSSN*	ᓄᓇᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓱᓂᓗ ᑲᑎᒪᔩᑦ Nunavik Regional Board of Health and Social Services Régie regionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik
PLPI	*PLPI*	ᓄᓇᓕᒥ ᓯᓚᕐᕙᒥᐅᓕᒫᑦ ᑲᓂᒪᙳᐸᑕ ᐸᕐᓄᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖓ Local plan against an influenza pandemic Plan local contre une pandémie d'influenza
PRPI-MS	*PRPI-MS*	ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐸᕐᓄᓯᑕᐅᓂᖓ ᓯᓚᕐᕙᒥᐅᓕᒫᑦ ᑲᓂᒪᙳᐸᑕ – ᑲᓄᐃᙱᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎ Regional Plan against an Influenza Pandemic – Health Mission Plan regional contre une pandémie d'influenza – Mission santé
QPIP–HM	*POLPI-MS*	ᑯᐯᒥ ᐸᕐᓄᓯᑕᐅᓂᖓ ᓯᓚᕐᕙᒥᐅᓕᒫᑦ ᑲᓂᒪᙳᐸᑕ – ᑲᓄᐃᙱᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎ Québec Pandemic Influenza Plan – Health Mission Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé
RDGM	*DRMG*	ᓄᓇᐱᒥ ᐱᓇᓱᐱᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᕆᒃᑯᓂᒧᑦ Regional Department of General Medecine Département régional de la medecine générale
RDPH	*DRSP*	ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓇᐅᓕᒫᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕕᒃ Regional Department of Public Health Direction régionale de la Santé publique
RISQ	*RISQ*	ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐃᓱᒪᒥᒃ ᓱᕐᕈᓐᓇᖏᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᒋᔭᐅᔫᓯ –ᑯᐯᒥ Research and Intervention on Psychoactive Substances – Québec Recherche et intervention sur les substances psychoactives Québec
RUIS	*RUIS*	ᒪᑭᐊᑦ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕ ᑮᓪᓚᕙᒥᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᕐᕙᐊᒥ ᑲᓄᐃᙱᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᐅ ᐱᓇᓱᑲᑎᒌᒍᑕᐅᓂᕐᒪ McGill Integrated University Health Network Réseau universitaire integer de santé
SPIP	*PSNPI*	ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᓯᓚᑖᒍᑦ ᐸᕐᓄᓯᑕᐅᓂᕐᒪ ᓯᓚᕐᕙᒥᐅᓕᒫᑦ ᑲᓂᒪᙳᐸᑕ Supraregional pandemic influenza plan Plan suprarégional nordique de lutte à une pandémie d'influenza
STIs	*ITS*	ᓄᓕᐊᕐᓂᒃᑯᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᔾᔨ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓂᕐᒥ Sexually transmitted infections Infections transmises sexuellement
UQAM	*UQAM*	*Université du Québec à Montréal*
VRE	*ERV*	Vancomycin-resistant enterococcus Entérocoques résistants à la vancomycine
VRSA	*SARV*	Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᕐᕿᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ

2006-2007

ᐁᕆᓕ 1, 2006-ᒥᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒧᑦ

ᐱᔾᔪᑎᖓ

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒫᑦ ᐃᓗᓯᕐᓱᓯᐊᕐᑯᓪᓗᒥᑦ/ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᑯᓪᓗᒥᑦ

ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᖓ

ᐸᕐᓀᓂᖅ, ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓴᓂᖅ, ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᓗ
ᐃᓄᕐᑯᑎᑦᑕ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᖏᓐᓂᒃ

ᑐᕌᒐᖓ

ᐱᐅᓯᒋᐊᕐᑎᓯᒍᒪᒍᑦ ᐃᓄᕐᑯᑎᑦᑕ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕈᑎᑦᓴᖏᓐᓂᒃ

ᐱᒻᒪᕆᖁᑎᖓ

ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᒍᓐᓇᓂᖅ, ᓰᓯᑦᓴᓂᖅ, ᐃᓚᐅᕐᑲᑦᑕᓂᖅ, ᐅᐱᒋᔭᕐᑲᕐᓂᖅ
ᐱᓇᓱᑦᑎᕐᑯᑎᑦᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓂᓗ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒋᒋᐊᓕᑦᑎᓂᒃ

ᐃᓗᓕᖓᑦ

ᓄᓇᕕᒃ - 'ᓄᓇ ᐊᖕᒥᔪᖅ ᓄᓇᒥᔭᐅᔪᖅ' 1

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔾᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐋᕖᑦ 3

- ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᔾᓂᕐᓄ ᑲᑎᒪᔨᖏ 3
- ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ 5

ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᖓᔪᖄᖓᑕ ᑐᓴᕋᑦᓴᖅᒥᑦ 6

ᑲᑎᒪᔩᑦ 7

ᑲᒪᔨᒻᒪᕆᐅᑉ ᐊᓪᓚᕕᖕᒐᓂᑦ 9

- ᑲᒪᔨᒻᒪᕆᐅᑉ ᑐᓴᕋᖅᓯᒥ 9
- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐋᓐᓂᐊᖃᕐᓂᑎᒪᓇᑲᓐᓂᒍᑦ ᐊᓪᓚᕕᑦ 10
- ᐋᓐᓂᐊᔾᔪᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᒨᓚᐅ ᑎᓇᒍ ᐅᐃᒪᓇ ᑐᓂᕚ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᐃᒪᓇ ᑐᓂᕚᒍᓯ 12
- ᐊᑐᕐᑎ ᐱᔾᔪᓇᐅᑎᖏ 13

ᐸᕐᕕᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᑦᓴᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥᑦ 17

- ᑐᑭᓯᒋᐊᕐᑎᕆᔨᐅ ᑐᓴᕋᖅᓯᒥ 17
- ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᒥᐊᕐᓗᑎ ᔪᓂᖅ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎ ᓴᓂᖅ 19
- ᐋᓐᓂᐊᕐᔪᐅᓂᓕᕆᓂᒧ ᐱᒍᔾᔫ 20
- ᐃᓯᒪᒍ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ 22
- ᐃᒥᓂᐊ ᑌᓕᒪᒍᑎᖅ 23
- ᐃᓚᒌ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᕐᒪ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᖕᓂᖓ ᐊᑐᓂᖓ ᑕᐅᓂ 24
- ᐃᒥᓂ ᑭᖕᑲᖅᓯᒪᔪ 25
- ᓄᓇᓕᒻᒥ ᑎᒥᐅᔪ ᕿᓚᐅᔭᑲᑎᑕᐅᔫ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᔾᔪᓂᒃ ᑐᑲᑕ ᐱᕐᒪᒃ 29
- ᑲᐸᒪᑐᑲᖅᑯ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪ ᓴᖁᑎᖅᒥ 31
- ᐱᓇᓱᑎᑖ ᐸᓕᐊᓂ 33
- ᑲᖅᑳ. ᐊᐱᖅᑯ ᐃᓚᒌᖑ ᐱᒍᔭᐅᓂᕐᒥᑕ ᐱᓇᓱᑕᐅᓂᕐᒥ 35
- ᒪᒥᓴᑎᒌᓂᖅ ᐃᓕ ᑯᓯᑐᑲᑎᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᓕᐅᓂᖅᓯᐅᕿᓯᑕ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖏ 38

ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ 40

- ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᑐᑭᓯᒋᐊᕐᑎᕆᔨ ᐃᑲᔪᕐᑎᖅᑕᑦ ᑐᓴᕐᑎᕐᒍᑎᖏ 40
- ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅ ᐅᖅᑰᒪᔭᐅᓂᖅᑕ 41
  - ᐋᓐᓂᐊᑖ ᑌᓕᒪᒍᑎᖅ ᐊᐅᓚᓯᒍᑎᖅᓗ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᓯᓂᖅ ᐋᓐᓂᐊᓂ 41
  - ᓄᓕᐊᖕᓂᒃ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᓰ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᓰ ᐱᓇᓱᑕᐅᓂᖅᑕ 42
- ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᒥ ᑲᓄᐃᓕᕐᒥᓯᐊᓂᓕᕆᓂᖅ 45
- ᑲᓄᐃᓕᕐᒥᓯᐊᓂ ᒨᓕᖅᑕᔪ ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑎᑕᐅᓂᖅᒥ 46
  - ᑐᐸᑭᓯᐅᔾᔪᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᐸᑭ 46
  - ᐊᐅᒃ ᐱᑕᖅᓴᑲᓗᐊᓂ ᒨᓕᖅᑕᔪ ᐱᓇᓱᑕᐅᓂᖅᑕ 47
  - Kino-Quebec ᑯᐯᒻᒥ ᐃᖃᓗᓴᓂᓕᕆᔩ 47
  - ᑯᐯᒻᒥ ᐃᐱᐊᕐᒪᒥᒍ ᐱᕈᐃᖕᓇᑐᕐᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᑲᑐᑲᕐᒪᕐᓕ ᑲᐅᔨᓴᐅᑎ ᐱᓇᓱᑕᐅᓂᖅᒥ *(PQDCS)* 48
  - ᑲᔪᓯᔭᐅᓂᖅᑕ ᑲᐅᔨᓴᐅᑎᖅ ᑲᓄᐃᓕᖅᑕᑦ ᐃᓄᐃ ᓯᓇᐃᓗ ᑲᓂᓕᕈᑕᐅᓲᓗᒫᖅᑕᑦ 49
  - ᓂᕿᓂ ᑲᐅᔨᓴᓂ 49
  - ᑭᒍᑎᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ 50

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᐱᔪᑦᔨᓃᑦ 51

ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓯᔨᐅᑦ ᑐᓴᕋᑦᓴᖏᑦ 51

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᐱᔪᑦᔨᓃᑦ 52

ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᓗ ᐱᖁᑎᓕᕆᓂᕐᓗ 54

ᑐᑭᓯᒪᖃᑦᑕᐅᑎᒍᑏᑦ 54

ᐃᓚᒋᐊᕈᑎᒃᑲ: ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᐅᑎᕕᓂᕐᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ ᓇᓪᓕᑎᕐᓯᒪᔪᑦ

ᓄᓇᕕᒃ – "ᓄᓇ ᐊᖏᔪᖅ ᓄᓇᒥᔭᐅᔪᖅ"

ᓄᓇᕕᒃ ᐃᓄᑦᑕᖏᓪᓗ

ᐃᓄᑐᐃᓐᓂ ᓄᓇᖓ ᑯᐯᒥᑐᖅ ᓄᓇᐱᐅᓂᖃᑕᐅᔪᖅ. ᓄᓇᕕᑦ ᐊᖏᓂᖏᑦ 500,000 km square ᐅᒪᑖᓄᑐᒥᒃ. ᓄᓇᐱᐅᑉ ᓄᓇᖓ ᐊᕐᕕᒻᒥᒃᒥᑐᒪᓂᑦ ᐃᓚᖓ ᓇᐹᑐᓕᑦ, ᑲᑲᓕᑦ, ᐃᓚᖓᓗ ᓇᐹᑐᖃᖅᓂ ᐊᒥᓱᐊᓗᒃᓂᓗ ᑕᕐᖃᓯᓂ ᑰᖃᓯᓂᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᓇᐅᖓ ᐊᐳᖓᓕᒫ ᓯᐊᓯᓂ.

ᓄᓇᕕᑦ ᐊᕐᕕᒻᒥᒃᒥᑐᓂᑦ ᑐᑭᖃ ᑎᑕᐅᓲᔪᖅ. ᐃᓚᖏᓐᓄ ᓄᓇᕕᑦ ᑐᑭᓕᑦ ᓄᓇᒥᔭᐅᔪᖅ. ᑖᒍᓯ ᑯᒪᐅ ᐅᓕᑦ ᓂᓯᒍᑎᖏᓐᓂ. ᓄᓇᕕᑦ ᑐᑭᓕᑦ ᓄᓇ ᐊᖏᔪᖅ ᐆᒪᔪᓄᑦ ᐃᓂᒥᐅᖅ.

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅ ᐅᓄᕈᓃ ᒥᓴᐅᓵᓯᒥ 10,000ᓂᑦ, 90%ᒥ ᐃᓄᐃᑦ, ᓄᓇᖃᕐᑎ ᑯᓕᓗ ᓯᑕᒪᓗᓂᑦ ᓄᓇᓕᓂ ᓯᕐᔭᒦ ᑐᓂᓗ ᑰ ᑐᑭᐊᓈ ᑐᓂ: ᑰᔪᐊᕿᐱᑦ, ᐅᒥᐅᔭᖅ, ᐃᓄᒃᔪᐊᖅ, ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ, ᐊᑯᓕᕕᒃ, ᐃᕗᔨᕕᒃ, ᓴᓪᓗᐃᑦ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ, ᑯᐊᑕᖅ, ᑲᖏᕐᓱᒃ, ᐊᐅᐸᓗᒃ, ᑕᓯᐅᔭᖅ, ᑰᔪᐊᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᒃᔪᐊᖅ.

ᓄᓇᓖ ᐊᑐᓂ ᐃᓗᑖᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᓴᐅᓲᒍᓯᑎᑦ ᑕᕿᒥᐅ ᐱᒍᓴᐅᒍᑎᒥᓲᕐᒥᓂᑦ ᐅᑐᖃᐅᑎᒥᓯᒥ: ᐃᓗᕿᐊ ᐃᒪᖃᓲ ᑯᐱᔪᓂᑦ. ᐅᓗᑕᒫ ᐃᒥᑦᑕᐅᓲᒍᓯᑎᑦ ᐃᒥᑦᑕᐅᑎᒍ ᓄᓇᑰᔪ ᐃᒥᑦᑕᐱᐊᓗᒥ. ᓄᓇᐱᓕᐊᑐᒥᑦ ᐊᑯᑎᐊᓗᑲᕐᒥᑐᖅ: ᑲᒪᑦᑏᓄ ᑎᑭᑕᐅᑕᓯ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᒥᐊᔪᐊᓄᑦ ᐅᓯᑲᑎᓄᑦ.

ᑰᔪᐊᖅ ᑰ ᑐᑭᐊᓈ ᑑᒪᓗᐊᖅ, ᓄᓇᓕᐊᑭᐃ ᐊᓯᕐᒥ ᓄᓇᐱᐅ ᓯᕐᔭᒪᓈ ᑐ ᓯᕐᔭᒪ ᑕᑭᓂ ᑲᑎᓗᒍ 2,500 ᑭᓗᒦᑕᓂᑦ. ᓄᓇᓖ ᐃᓚᖓ ᑕᓯᐅᔭᔪᐊ ᓯᕐᔭᒪᓈᒥᔪ. ᐃᓚᖓᓗ ᓄᐳᕐᒦᑐ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᒪᑉᒦᑐ. ᑰᔪᐊᖅ ᓄᓇᑉᓯᑐᖅ, ᑰᔪᐊ ᑰᒪᑕ ᑐᑭᐊᓈᓯᓂ, ᓇᐹᑐᓕᐅ ᓇᐹᑐᑲᕐᒥᑑᓗ ᑭᓕᓯᐊᒪᓂ. 2,000ᓂᑦ ᐃᓄᑲᓯᓂ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕ ᓚᐅᓂᐹᖅ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᐅᓚᓯᐱᑲ ᐱᐅᓲᖅ.

ᐅᒪᓯᒥᔭᐅᔪᒥᐅᒍᒪᓗᐊᓯᑎᑦ. ᐃᓄᐃᑦ ᑐᓐᓇᒪᓇ ᑐᓯᐊᑦ. ᐳᓚᕿᐅᑎᒥᐊᒥᑦ ᐊᓕᐊᒥᔭᑲᓲ, ᐆᒪᔪᐃ ᓂᒪᕐᓯᒥ ᒪᓕᓯᒥ ᐆᒪᔪ ᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᐅᑉ ᑐᐱᓂᐅᓯᑎᑦ. ᑭᓯᐊᓂᓕ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓖ ᐱᑐᓯᒪᒃᒥᑲᓗᐊᓯᑎᑦ ᐊᑯᑎᒃᑯ, ᐊᐅᓚᒥᐊᑲᓲᒍᐳ ᑲᒪᑦᑏᒃᑯ. ᐅᒥᐊᒃᑯᓗᐋ ᑲᒍᑎᒃᑲ ᓚᒃᑯᓗᐋ ᓄᓇᓕᓐᓄ ᐊᐱᑕᓯᑎᑦ. ᓯᓚᐅ ᑲᓄᐃᑑᓂᒪ ᒪᓕᓯᒍ.

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᐸ ᓘᒪᒥᑦ. ᐃᓄᑎᑑᐸ ᓗᓯᒍᔭ. ᑯᐹᒍᑕᐅᖅ. ᑲᐸᒪᑐᑲᒃᑯ ᐱᓇᓯᐱᑯᑎᑲᓂᕐᒥᕐᓄ ᐊᐅᓚᓯᓂᓇᐱᓂᑦ. ᑲᓗᓈᑎᑑᓂᖅ ᐊᑐᑕᐅᔪᒪᓇᐅᒥᐅᖅ. ᐱᓇᓯᐱᒥ ᐱᓗᐊᑐᖅ. ᐅᐃᒍᐃᑎᑑᕐᒥᓂᓴᐅᓯᑎᑦ. ᐅᐃᒍᐃᑎᑑᓂᖅ ᐊᑐᑕᐅᐸ ᓕᐊᑐᐃᓇᑑᒪᓗᐊᖅ.

ᑲᐅᔨᒥᐊ ᓚᑭᒪᒍᐱ ᓄᓇᕕᒃ ᒌᓕᕐᒪᔪᓂᑦ ᑲᐅᔨᒥᐊᑭᓐᓇᑯᑎ ᐅᐳᒪ: www.nunavik.ca.

ᑭᑎᑦᔪᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏᑦᓯᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᒻᒪᖕᒫᑕ

ᑭᑎᑦᔪᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓯᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᒻᒪᖕᒫᑕ ᓯᒃᑯᓂᕐᓴᒪᓇᐅᑦ ᑯᐯᓕᒫᒥᓂᑦ ᐃᓅᓯᑭᓐᓂᓴᐅᓂᖏᑦᑕᐅᓯᒪᒪᒥᒃ ᐊᕐᖑᓄᑦ ᖁᓕᖓ ᐱᖕᒪᓰᔫᑦᑐᓐᓄᑦ, ᓄᑕᕐᒥᓂᒃ ᐃᓅᒍᓐᓂᕆᐊᖅᑲᑦᑕᓂᕐᓴᐅᓲᑦᓯᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᒦᕆᐊᖅᑲᑦᑕᓂᕐᓴᐅᓲᑦᓯᑎᓐᓄ ᓯᑕᒪᐱᓐᓄᐊᑐᒥᒃ. ᐊᒥᓯᒻᒪᓈᓐᓄ ᐁᑦᑑᑦᑕᐅᓰᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᖅᓯᔫᑦᓯᑎᒃ. ᐃᓅᒍᓐᓂᕈᑎᖅᓯᔫᑦᓯᑎᒃ ᒪᓂᕐᓇᖅᓂᓄᑦ, ᐆᒪᓯᓇᓂᕐᔫᑦ, ᑐᐹᑯᑦ ᐱᔮᓄᑦ, ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒥᐊᓘᑦ ᐱᔮᓄᑦ. ᐊᒻᒪᓗ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᓂᖕ ᐊᔫᑎᔭᐅᓯᒍᓐᓂᖅᓴᐅᓯᓂ ᓯᑕᒪᐅᔭᖕᖏᒪᕐᑐᕕᓐᓄᐊᑐᒥᒃ ᐅᕕᒃᑯᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ 15-ᓄ 19-ᓄ ᐊᑯᓐᓂᖓᓂ 46-ᐱᓐᓄᐊᑐᒥᒃ ᐊᒥᓲᓂᖅᓴᐅᒪᑕ ᐃᒻᒥᓂᐊᓰᑦ ᑯᐯᒥᐅᓄᑦ ᐅᑦᑐᕋᐅᑎᒥᔭᐅᑎᑦᓯᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᒻᒪᓇᐅᒥᐊᕕᑦᑐᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ 20-ᒥᑦ 24-ᒧᑦ ᐊᒥᓲᓂᖅᓴᐅᑎᓐᓄᒥᑦ 23-ᐱᓐᓄᐊᑐᒥᒃ ᐊᒥᓲᓂᖅᓴᐅᓯᑎᒃ ᐃᒻᒥᓂᐊᓰᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᕐᒥᕐᑯᐅᑎᑦᓯᑦ ᐊᑭᑐᔫᓂᖅᓴᒪᓇᐅᓂᕐᒥᓐᓄᑦ. ᒥᑦᓴᐅᔅᓴᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ 43%-ᕐᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐃᓐᓄᒥᐅᖃᑎᒦᑦ ᐊᔦᔅᓴᓇᐊᕐᒥᑦᑕ, ᑯᐯᒥ 17%-ᒦᓐᓂᖏᑦᑕᐅᑎᓐᓄᒥᑦ ᐊᔦᔅᓴᑐᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐃᓐᓄᐃᓅᑦᑐᒪᓈᑦ, 500 ᐅᕐᒪᑖᓅᑦᑐᑦ ᐃᓚᒦᑦ ᐃᓄᑑᑦᑎᑐᐃᓐᓅᓃᑦ ᐅᑕᕐᑭᔦᑦ ᐃᓐᓄᓯᕐᒥᓂᒃ. ᐃᓐᓄᒥᐅᖃᑎᒦᑦ ᐅᓄᓂᕐᒥᑦ 4.72-ᒦᐸᓐᓅᓗᓐᓄᐊᑦ, ᐃᓐᓄᒥᐅᖃᑎᒦᑦ ᑯᓕᐅᖃᑦᑕᑎᓐᓄᒥᑦ ᐅᑉᐸᓅᓃᑦ ᑯᓕᓐᓄ-ᒪᕿᓅᖃᑦᑕᑎᓐᓄᒥᓅᓃᑦ. ᓯᓕᓄ, ᐃᓐᓄᐃᑦ ᐃᓚᕐᒥᑦ ᐃᓐᓄᐊᕿᓯᓕᐅᒪᓗᐊᑦ ᑕᓕᒪᓂᒃ ᐱᕐᒪᓰᔦᑦᑐᓂ ᓅᓃᑦ, ᐊᒥᓲᓂᓴᑦ ᒥᕿᔩᓰᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓐᓄᐊᕿᓯᒥᐅᖃᑎᒦᑦ (0.93-ᒧᓰᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᑯᐯᒥᐅᑦ ᐃᓐᓄᐊᕿᓯᒥᐅᖃᑎᒦᓯᒧᑎᓐᓄᒥᑦ (0.5).

ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᕕᐅᓯᒪᔦᑦ

- ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᑎᖏᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᑎᖏᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ. ᑲᒪᔩᒪᓇᐅᑦ ᐊᓪᓚᕕᖕᒥᓂᑦ 2007
- ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓯᓚᕐᔪᐊᓕᒫᒥ ᖃᓂᒪᓇᐅᑦ ᐸᕐᓂᑭᕐᔫᑦᑕᐅᓂᕐᒪ. ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᕐᒥᑦ. ᐱᓇᓯᖃᑎᒥᒍᑎᑦᓯᑦ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᑎᖏᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ. 2006 (PRPI-MS)
- 2005-2006-ᒥ ᐊᕐᖑᑕᒫᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᑎᓯᒍᑏᑦ
- ᐊᑉᐸᑕᒃᑯᑦ ᐃᓗᕐᑯᓯᑐᖃᓕᕆᐱᕐᒪᑕ ᖃᓇᑕᐅᔭᒃᑯᑦ ᐳᓖᓯᐊᑦᑕᐅᕕᕐᒪ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᕐᕖᑦ

ᓄᓇᐱᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐦᐱᐅᕝ ᐅᑯᐊᒍᐳᑦ. ᓄᓇᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᒥ, ᐃᓅᓕᑦᓯᐱᒃ ᐊᕐᓂᐊᐱᒃ (ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥ) ᐊᒻᒪᓗ ᐅᖓᕙᒥᐅᑦ ᐊᕐᓂᐊᐱᖓ ᑐᓚᑦᑕᐱᒃ (ᐅᖓᕙᒥ).

ᓄᓇᐱᒻᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᐱᐸ ᓕᐊᑕᐅᓂᒃᑲᓯᒪᐳᑦ ᓄᓇᐱᒻᒥ ᔭᐃᒥᔅ ᕚᒥ ᑯᐯᒃᒧ ᑕᖁᓯᓐᓂ ᐊᖏᕐᒥᒃᑲᑎᒌᒍᑎᐅᓯᒪᔪᒍ 1975ᒥ ᐃᓚᒋᐊᑕᐅᒍᑎᒋᓯᒪᔭᕐᒥᓄᑦ ᐊᖏᕐᒥᒃᑲᑎᒌᒍᑎᐅᑉ. ᐃᓂᖓ ᓚᒻᒪᐅᓯᒪ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓃ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᒃᑲᑐᖅ ᑯᐯᒃᑯᑎᒍᑦ, ᑭᓯᐊᓂ ᓄᓇᐱᒻᒥᐅᓄᓕᕐᒪᑎᑕᐅᔪᖅ.

ᐃᓄᒋᐊᖕᓂᖓᓗ ᑲᓄᐃᓗᐊᓂᖓᓗ ᐱᔭᕐᑎᐅᑎᓗᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓯᖓ ᐃᓕᖅᑯᓯᖓᓗ ᑲᓄᐃᓕᖓᓂᖓ, ᓄᓇᐱᒃ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᒍᓐᓇᓯᒍᑎᓗᒥ ᑲᓄᐃᒍᕐᓂᐸ ᓕᐊᒍᑎᔅ ᐊᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒍᑎᔅᓗ, ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓯᐅᓯᒍᑎᓗᒥ ᑲᔪᓯᓯᐊᑐᒥ ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑎᓯᒍᑎᔅ, ᐃᑯᓕᑎᓯᒍᑎᔅ ᐅᖃᐅᓯᒍᑎᔅᓗ, ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᑎᒍ, ᐃᓅᓐᓂᐊᐱᑎᒍᓗ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ

ᑯᐯᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᑐᑭᑕ ᐱᑯᕐᒥᑎᒍ, ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᓃᑦ ᐊᐱ ᑐᓯᒪᑎᑕᐅᓂᕐᒥᑎᒍᑦ ᓄᓇᐱᒦᑐᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᑦ 17-ᒍᒍᑕᐅᑐᖅ. ᓄᓇᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᐅᓚᓯᔾᔨ $100,000ᒥᓕᐊᖅ ᓴᓂᐊᓃ ᑐᓂᑦ. ᐃᓕᓐᓂᐊᕐᓂᕐᒥᑦ ᐱᒍᓯᒍᑎᓴᓂᑦ ᑯᓕᒍ ᓯᑕᒪᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂᑦ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᕐᕈᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᕙᒃᐳᑦ ᐊᕙᑎ ᒪᕐᕈᑦ ᑕᓪᓕᒪᓪᓗᓂᒃ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᐅᖕᒋᑦᑐᓂᒃ ᐊᓪᓚᕕᒃᓯᑎᒃ ᑲᒪᔨᒻᒪᕆᐅᑦ ᐊᓪᓚᕕᖕᒪᓂᒃ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓱᐊᕕᒥᒃ. ᐸᕐᓀᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᕐᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᓇᓱᐊᕕᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᕐᕈᓂᕐᓄᑦ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥᒃ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᕐᕈᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑯᑎᒃᑐᑦ ᐊᕙᑎᓂᒃ:

- ᖁᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓪᓗᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᑐᓂᐅᓈᕐᑎᑐᓂᒃ ᑭᒡᒐᑐᕐᑐᓂᒃ:
- ᑲᒪᔨᒻᒪᓈᓗ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂ ᑕᒍᓐᓂ (ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒥ ᐃᓅᓯᕐᓯᕕᒻᒥᓗ, ᒪᕐᕉᓗ ᐃᓚᐅᔫᒃ);
- ᑎᒃᑯᐊᑕᐅᓯᒪᔪᒥᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᓄᓇᓖᑦ ᑭᒡᒐᑐᕐᑎᖏᑦ ᓇᓪᓕᖏᑦ (ᒪᕐᕋᒥᐊᓖᒃ).
- ᑭᒡᒐᑐᕐᑎ ᓇᓪᓕᑳᑦᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᒪᑕ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ:
- ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᕐᕈᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑕ ᑲᒪᔨᒻᒪᕆᖓ.

ᑐᕌᕐᓇᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᐅᓯᑎᓗ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᒪᒥᔭᒃᑲᓐᓂᐊᒃᑲᔾᔪᓪᒥᔪᑦ ᓇᓗᓀᕐᓯᒥᐊᒃᑲᓂᒥᒃ ᓯᕗᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ ᑭᓴᕝᕚᓗᒪᓇᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᓗᒃ. ᓯᕗᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᓗ ᓇᓗᓀᕐᓯᒥᐊᒃᑲᓂᒥᒃ ᐊᖏᕈᑕᒦᕐᓯᐅᑎᒥᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᒃᑎᓗᒥᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᕐᕈᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ.

ᐱᖁᔭᑎᒍᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐋᓐᓂᐊᕖᓗ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᕙᓗᒥᐊᒃᐳᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ

ᐱᒍᓯᓃ ᐱᐱᖅᑲᑎᑕᐅᒍᑎᕐᒥ ᐃᓂ ᓚᒃᒪᑎᑕᐅᕗᖅ ᓄᓇᓕᑎᒍᑦ ᓯᕗᑎᒍᓐᓗ – ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᑦ ᓯᕗᕐᒪ ᐊᒻᒪ ᐅᖕᒪᖁᐊ ᓯᕗᕐᒪ – ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᕙᓯᑎᑦ. ᐅᖕᒪᖁᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᖕᒪᓂ ᑐᓚᑕᕕᒥ ᖁᔭᒦ ᑐᒥ ᐊᒻᒪ ᐃᓅᓕᓯᕕᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᒥ ᐳᐱᓂᑐᒦ ᑐᒥ. ᑖᒃᑯᐊ ᐋᓐᓂᐊᖑᐃᑦ ᑎᓕᔅᓴᒪᑎᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᕕᐅᓯᒍᐳᑦ ᐃᓗ ᓇᓅᓕᖕᒪᔪᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᐱᒍᑯᒥᐊᓕᓕᖕᓂᖅᓯᓄ ᐱᒍᔅᓴᐅᒥᐊᓕᕐᓂᑦ (15-ᓂᑦ ᓯᓂᖕᐱᑕᓖᑦ ᐊᑐᓂᑦ) ᐊᒻᒪ ᐊᑯᓃ ᑐᒦᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒦᒥᐊᓖ ᓇᔪᕐᒪᓂᑦ (ᑯᓖ ᓯᓂᖕᐲᑦ).

ᑐᓚᑕᕕᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᑦ ᐱᓇᓱᑲᑎᒃᑲᓱᖕ ᖁᔭᒥᐅᑦ ᑲᐸᒫᐱᒃᑯᕐᒥᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᑲᑎᐱᑦ ᐃᓗᓕᖏᓐᓂᒃ ᐱᒍᓯᐱᕐᒥᑦ ᑲᒍᓯᑲᑎᒃᑲᓯᑎᑦ ᑯᓕᖕᓂᑦ ᓯᓂᑕᐱᓕᕐᒥᑦ ᐃᓄᑐᖃᑦ ᐊᓇᖃᕐᒪᓂᑦ. ᖁᔭᒥ ᐅᖅᑯᑦ ᐃᓄᑐᖃᑦ ᓱᑲᓯᐱᖅᓴᒪ ᐋᕐᑭᓱᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᒥᔪᖅ.

ᐊᓯᕐᒥ ᐱᒍᓯᒍᑕᐅᕙᕐᒥᔪ ᑲᒃᑳᓗ ᐅᐱᕐᑫᓗ ᓴᐳᕐᒥᓴᐅᐱᕐᒪ. ᒪᓖᓯᑎᑦ ᐱᒍᓴᐅᐲᑦ, ᐁᕙᕐᒪ ᐅᖕᒪᖁᐊ ᓯᕗᕐᒪᓈᑐᖅ ᐁᕙᕐᒪᓗ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊ ᓯᕗᕐᒪᓈᑐᖅ. ᐊᑕᐅᓯᕐᒧ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᒍᓯᐱᑦ ᓴᒍᓃᑐᖅ 14-ᓄ ᐃᓂᒥᓴᐅᒍᕐᓇᑐᖅ. ᒪᕇᒍ ᓯᕗᐅᔩᕐᓂ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᓇᖄᐲᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᑐᓄ ᓇᔪᕐᑕᐅᔪᖕᖏᑦ ᐳᐱᓂᑐᒦ ᑐᒍ ᖁᔭᒦ ᑐᒍ ᐊᒻᒪ ᐋᓐᓂᐊᐱᐊᐱᒃᓯᑎᑦ ᓄᓇᖏᑦ ᑯᓕᖕᒍ ᓯᑕᒪᒍᐃ ᐊᑐᓂᑦ.

ᑕᒪᑕᒪ, ᓄᓇᖏᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᐊᐱᒃᑯᑦ, ᐸᓯᒦᕐᕐᒥᑐᓂᑦ ᐱᓇᓱᑎᒃᑐᓂᑦ ᐃᓗᕐᓕᖕᓂᕐᒥ ᐱᒍᓯᔪᓂᑦ ᓄᓇᐱᕐᒥᐅᓂᑦ, ᓄᓇᖏᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐱᓇᓯᑎᑲᓂᒥᒍ ᐊᓯᕐᒦᕐᒦᒎᓯᑎᑦ, ᓄᓇᓕᐅ ᐊᕐᒥᓂᕐᒪ ᒪᓕᓯᒍ ᐊᒻᒪ ᓯᓇᓂ ᐱᓇᓱᐊᒪᓇᓲᕐᒥᖕ ᐱᓇᓯᑏᑦ ᒪᓕᓯᒥᑦ.

ᐱᒍᑯᒥᐊᓕᕐᓂᑦ ᐱᒍᓯᒍᑎᖅᓂᑦ ᓄᓇᐱᕐᒥ ᐱᑕᑲᓯᐊᕐᒥᕐᑐᖅ, ᓄᓇᐱᕐᒥ ᐱᒍᑯᒥᐊᓕᖕᓯᓄ ᑲᐅᓯᖅᑕᐅᒥᐊᓖᑦ ᒪᒥᖅᑕᐅᒥᐊᓖᓗ ᓄᓇᐱᐅ ᓯᓇᑖᓂ ᐱᒍᔅᓴᐅᒥᐊᑲᓯ. ᐋᓐᓂᐊᕖᕐᓂ ᐃᓚᕐᒥ ᐱᒍᓯᒍᑕᐅᓰᒍᒪᓗᐊ. ᑎᑭᑐᑲᑐᐊᒪ ᐱᒍᑯᒥᐊᓕᓕᖕᓯᓂ ᐅᑐᖁᐅᑎᒥᓯᒥ ᐊᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᖕᒥᑦ. ᐃᓯᒪᓕᖕᓰ, ᓴᐅᓂᓕᖕᓰᓗ, ᐊᓯᕐᒥᓗ. ᐱᒍᑯᒥᐊᓕᖕᒍᑎᓴ ᐱᒍᓯᒍᑕᐅᒍᕐᖕᒥᑉᐸᑕ. ᐊᑐᑎ ᑲᒍᓈ ᓄᓇᕐᒪᓄ ᑲᒪᒥᓴᐅᒥᐊᑐᑐ ᓴᓕᐊᒍᒍᕐᖕᑐᖅ ᒪᑭᐊ RUIS ᐋᓐᓂᐊᕕᖕᒪᑎᒍ ᐊᕐᒥ ᑲᑎᒦᒍᑕᐅᓗᓂ ᐊᓯᕐᒥᑎᒍ ᓘᓃ ᐊᕐᒥ ᑲᑎᒦᒍᑕᐅᒍᓂ.

ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᓯᒪᔭ ᐱᒍᓴᐅᐱᖕᒪ ᒪᑐᓯᐊᒦᑐ ᐋ ᑯᑎᒥᓴᐅᓯᒍᐳᖅ ᐃᑲᔪᓯᒪᐱᐅᓯᓂᒍ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᑐᑲᓇᐊᑲᑐᐊᐸ. ᑐᕐᕐᒪᓯ ᑎᑕᐅ ᓯᐊᑯᓯᒥ, ᐊᐅᓚᑕᐅ ᓯᐊᑯᓯᒥ, ᓯᓂ ᑕᐱᑲ ᓯᐊᑎᑕᐅᑯᓯᒥ ᑐᖅᓯᑲ ᓯᐊᑯᓯᒥᓗ. ᐊᒻᒪ ᐋᓐᓂᐊᖑᓂ ᑕᖄᒦ ᑐᓂᑦ ᑲᑐᓯᑲᑎᑲᓯᑎᑦ. ᑕᓕᒪᓂᑦ ᓯᓂᖕᐱᑕᓕᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᒪᒥᓴᐅ ᓴᐅᑎᒥᒥᐊᓕᕐᓂᑦ ᐱᒍᓯᐱᑦ, ᐳᐱᓂᑐᒦ ᑐᖅ. ᐃᓯᒪᖅᑯ ᐃᑲᔪᑕᐅᒥᐊᓕᕐᓂᑦ ᐱᒍᓯᐱᐅᓯᒍᐳᖅ. ᐊᑐᑏ ᑲᒪᒥᓴᐅᒥᐊᑐᖁᓴᐅᒍᕐᓇᒥᔭ ᐋᓐᓂᐊᕕᒍ CHUM Notre-Dame (ᒪᕇᓂᑦ ᓯᓂᖕᐱᑕᓕᑦ).

ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᖓᔪᖅᑳᖓᑕ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᑦᓴᖏᑦ

ᓛᓯ ᐋᖅᒐᐦ

ᐊᕐᕌᒍᓂ ᐊᒥᓲᓕᕐᑐᓂ ᐱᒐᓱᐊᓪᓚᓇᐅᑎᒋᕙᓕᕐᑕᒥᓂᒃ, ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐅᐱᒥᑦᓱᒍ ᑐᓴᕐᑕᐅᕐᑯᔨᕗᑦ ᐱᓴᓇᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᓂᖏᓐᓂᒃ ᑖᑉᓱᓂ ᐊᕐᕋᒍᒥ ᐋᕐᕿᓱᕐᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓂᑲᑦᔨᒍᑕᐅᓂᖏᑦᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᐊᑐᐃᓐᓇᕆᕐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᔭᐅᑎᓪᓗᒋᑦ ᐅᖓᕙᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᖓ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ.

ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᒪᓯᐊᕿᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓂᐊᓕᕐᒥᔪᑦ ᐋᕐᕿᓱᕐᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓂᑲᑦᔨᒍᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᖏᕐᑲᑎᒋᔭᐅᒪᓯᐊᕐᑎᓗᒋᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᑲᑦᑕᕐᐱᑯᖏᑦ. ᓇᓗᕐᑯᑎᖕᖏᓯᐊᕐᐳᒍᑦ ᕿᓄᐃᓕᒥᐊᕈᑎᑦᓴᑕᕐᒥᑦ ᑕᒪᑐᒪ ᐸᕐᓂᑲᑦᔨᒍᑕᐅᓂᖓᑕ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᑦᓯᐊᕈᓐᓇᕐᓂᖏᓐᓂᒃ ᐱᐅᓯᒥᐊᕐᑎᓯᒍᑎᑦᓴᐅᓗᑎᒃ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᑎᒍᑦ ᒪᑭᑕᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᓂᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒥᐅᑦ.

ᑭᓯᐊᓂᑕᒪ ᓯᑲᑦᑐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕆᓇᕆᑦᑕ. ᑮᓇᐅᔭᑐᕆᑎᑦᓴᕐᑲᑎᑕᐅᒍᓐᓇᕆᑦᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᕐᑯᑎᓪᓚᓇᕐᑲᕐᑎᑕᐅᒍᓐᓇᕆᑦᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᔪᑎᓂᑦ ᐱᓴᕐᑲᕆᓇᓯᒍᓐᓇᓖᕐᑯᑦ ᐊᑦᓯᕆᕐᕆᑐᓂᒃ ᓯᕗᓪᓕᐅᓴᐅᕆᐊᓕᓐᓂᒃ. ᐱᓇᓱᒃᑲᑏᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᓛᕐᑯᑦ ᐃᓚᐅᑦᓯᐊᕐᑲᑦᑕᓗᑎᓗ ᐊᖓᔪᕐᑲᐅᑎᕐᒥᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᔪᑦ ᑐᕌᖓᓇᓱᑎᓄᑦ ᑎᑭᐅᑎᒍᓐᓇᓯᓖᕆᑦᑕ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᕿᓄᐃᕐᕐᒥᓯᐊᕐᑐᓂᒃ ᐊᓕᐊᓱᑦᓯᐊᑐᓂᓗ ᐃᓄᑯᑎᕐᑲᓂᒥᒃ ᑐᖁᒐᕐᑲᖁᑦᑕ. ᐃᓅᑦᓯᐊᕙᕐᑲᕆᓇᕐᒥᓪᓕᑦ ᓇᓕᑎᓐᓂᒃ. ᐊᑕᐅᑦᓯᑯᑦ, ᐱᓴᕐᑲᕆᓇᖁᑦᑕ.

ᐃᓯᓕᐅᑎᒥᓗᒍ, ᖃᐅᔨᕙᓪᓕᕆᒪᐳᕐᒪ ᐱᓇᓱᒃᑲᑦᑕᐅᑦᓯᐊᕙᓂᕐᒥᓂᒃ ᑐᓂᒪᑦᓯᐊᓂᕐᒥᓂᓗ ᐱᓇᓱᑎᕐᒥᑦᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᔪᑎᓂᑦ. ᐊᒻᒪᓗ, ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᑭᒻᒪᑐᑦᓗᕐᒪ, ᓇᑯᕐᒦᕆᑦᔨᓯᕐᒪ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᕐᒥᓂᓗ ᑐᓂᒪᑦᓯᐊᓂᕐᒥᓄᑦ ᐱᓕᕆᐊᓪᓚᓇᕐᑕᓂᕐᒥᓄᓗ.

ᑲᑎᒪᔩᑦ

2006-2007-ᒥ, ᓄᑖᓂᒃ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓴᓂᒃ ᑎᒃᑯᐊᑕᐅᔪᕐ ᑲᓚᐅᔪᔫᖅ. ᓇᑯᕐᒦᑉᐳᑦ ᑲᑎᒪᔨᐅᑉ ᑲᑕᐅᔪᕕᓂᓕᒫ ᐃᓚᐅᑉ ᓯᐊᒃ ᑕᓚᐅᔪᒪᓪᓚᑕ ᑐᓂᓕᓂᒃ ᓯᐊᒃ ᑕᓚᐅᔪᓯᑎᒍ ᑎᓕᔅᐅᒪᓂᒥᓂ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᒡᓗᓯᓕᓐᓇᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔩᑦᒥᓄ ᐅᐱᕐᔅᐅᑦ ᓯᐊᕐᐳᓯ ᑲᑎᒪᔩᑦᒍᑦ ᑲᑕᐅᓯᒪᔪᓯ ᐅᑉᐸᓗᐃᓐ ᑎᒃᑯᐊᑕᐅᕐᒥᐊ ᓚᓯᒪᔪᓯ ᐊᕐᖁᓄᑦ ᐱᖁᓯᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᑕᐅᓚᐅᕐᓯᓯ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒃ ᓯᐊᕐᒪᓯᑎᒍ ᑑᖃᓕᐊᒍᓯᒪᔪᓄᑦ ᑎᑭᐅᑎᒍᑎ ᓴᓂ ᐱᓇᓱᐊᑎᑦᒥ ᓄᓇᕕᒥᐅᑦ ᑲᓄᐃᓐᓂᕐᓯᐊᕈᑎᕐ ᓴᕐᒥᓂ ᐱᕐᓯᐊᓇᐊ ᓚᕈᑎᒃᑯᑎᑦ.

ᑲᑎᒪᔩᐅᔪᕕᓃᑦ

ᐁᓇᓕ 2006-ᒥᑦ ᕕᐳᐊᓇ 2007-ᒧᑦ:

1. ᐋᓚᓯ ᐋᕐᕈᓗᒃ — ᐊᕐᒪᔪᒃ ᑳᒃ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
2. ᔫᓂ ᐅᕐᐸᐅ — ᐊᕐᒪᔪ ᑳ ᑐᕐᒪᓕᒻᒪ, ᑯᐊᕐᑕᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
3. ᓖᔅ ᐳᒪ ᔫ — ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓄ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᑐᓚᑕᐱᕐᒥ ᑲᒪᔩᒪᓇ
4. ᐄᑉ ᐅᐃᑖᓗᕐᑐᖅ — ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᓄ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᐃᓄᕐᔪᐊᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
5. ᔩᓂ ᒉ — ᑲᑎᒪᔩ ᐊᓚᑎᒻᒪ, ᓄᓇᓕᓖ ᐊᓚᐱᒻᒪᑕ ᑲᒪᔩᒪᓇᒻᒪ
6. ᐋᑕᒥ ᐁᓇᓕᒃ — ᐃᐳᔩᐱᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
7. ᑲᑏᓇ ᐋᓇᑲᑕᒃ — ᑕᓯᐅᔭᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
8. ᔫᓯ ᐋᓇᑲᑕᒃ — ᑐᓚᑕᐱᐅ ᑲᑎᒪᔩᕐᒥᑦ ᑭᓪᒪᒻᒪ
9. ᑲᑏᓇ ᐱᐊᕿ — ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᒃᔪᐊᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
10. ᓯᐊᔭ ᑫ — ᐊᐅᐸᓗᒃᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
11. ᐸᐅᓗᓯ ᑯᑭ — ᐅᒥᐅᔭᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
12. ᐹ ᓛᔮ ᐃᔩᑭᐊ — ᑲᑎᐱᒃ ᓄᓇᓕᓖ ᑲᐸᒪᑦᒪᑕ ᑭᓪᒪᒻᒪ
13. ᓄᐊ ᐃᓄᒃᐸᒃ — ᐃᓅᓕ ᓯᐱᕐᒥ ᑲᒪᔩᒪᓇ
14. ᐁᓴᔭ ᑭᓄᐊᔪᐊᖅ — ᐳᐱᓂᑐᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
15. ᐲᑕ ᓖ — ᐊᑯᓕᐱᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
16. ᓕᓯ ᓂᐱᐊᕐᓯ — ᑰᔪᐊᖀᐱᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
17. ᐲᑕ ᐸᐱᐊᓗᒃ — ᐃᓅᓕ ᓯᐱᐅ ᑲᑎᒪᔩᕐᒥᑦ ᑭᓪᒪᒻᒪ
18. ᑌᐱᑎ ᐱᑐᐊᐱᒃ — ᑲᖏᕐᓯᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
19. ᐄᐸ ᑯᐊᕐᓈᖅ — ᓴᓗᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ
20. ᓯᐊᔭ ᑕᑐᕐᓈᖅ — ᑰᔪᐊᕐᒥᐅ ᑭᓪᒪᒻᒪ

ᑲᑎᒪᓂ ᑲᑎᓗᒍ ᑎᓯᒻᐸ 11, 2006-ᒥ, ᔩᓂ ᒉ, ᓄᓇᐱᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᐱᐅᑦ ᐊᓚᐱᒻᒪᑕ ᑲᒪᔩᒪᓇᒻᒪ. ᐊᓚᑎᑖᓇᔅᐅᒥᐊ ᓚᓚᐅᔪᔫᖅ ᑲᑎᒪᔩᓄ ᐅᑎᕐᓯᒪᓕᕐᓯᓂ ᐱᓇᓯᒪᒥᓂᒃ ᓄᕐᑲᕐᒪᕐᖁᓇᓚᐅᔪᕐᓯᓂ ᐱᐊᖁᑖᑐᐱᓂᐅᕐᓯᓂ. ᐊᓚᑎᒥᔅᐅᓚᐅᔪᔫᖅ ᔩᐊ ᐳᓛ ᐱᐳᐊᓇ 23, 2006-ᒥ ᑎᓯᒻᐸ 11, 2006-ᒧᑦ.

ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓪᓚᐅᔪᑦ ᐱᖓᓱᓂᒃ ᐊᕐᖁᑕᓖᕐᓯᐅᑎᒥᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᖅᒥᓯᑎᒃ, 42-ᓂᒃ ᑐᑭᑖᕆᑎᓂᒃ ᐊᓂᒎᑎᑦᓯᓚᐅᔪᑦᓯᑎᒃ. ᐳᕐᑐᓂᕐᓯᑦ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᕐᒥᒐᑦᑐᕕᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᓪᓚᐅᔪᑦ. ᒫᓕᒐᓂᒃ ᓈᓚᒥᔭᐅᓂᕐᑲᑐᕐᑲᓇᐃᓪᓚᓪᓚᐅᔪᖅᑯᕐᒥᑐᖅ ᓄᑕᐅᓯᓕᕐᑎᑕᐅᔪᕐᑲᖃᓂᓗ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᓂᖅᑲᓄᑦ ᐊᕐᖁᓗᐅᕐᑐᒥ.

ᑲᑎᒪᔨᑖᓇᔭᐅᓚᐅᔫᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒥ

ᕕᐳᐊᓇ 2007-ᒥᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒧᑦ

ᕕᐳᐊᓇ 20, 2007-ᒥ ᑲᑎᒪᓂᕐᓯᑎᒃ, ᑲᑎᒪᔩᑦ ᓂᕆᐊᕐᓂᕐᑲᓪᓚᐅᔪᑦ ᐳᕐᑐᓂᕐᓱᓄᑦ ᐃᓕᔪᕐᓱᓂᑦ:

ᐊᖓᔪᖅᑳᖅ:	ᐋᓚᓯ ᐋᕐᕿᖅᓚᖅ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
ᐊᖓᔪᖅᑳᑉ ᑐᖓᓕᖓ:	ᒫᔭ ᐳᒪᕐᓘ, ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒥ ᑲᒪᔨᒻᒪᓇ
ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᓪᓚᑎᖓ:	ᔩᓂ 7, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐊᓪᓚᕕᖓᑕ ᑲᒪᔨᒻᒪᓇᖓ
ᐃᓚᐅᔪᖅ.	ᐄᕋ ᐅᐃᑖᓗᑦᑐᖅ, ᐃᓄᒃᔪᐊᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
ᐃᓚᐅᔪᖅ:	ᓄᐊ ᐃᓄᒃᐸᒃ, ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᐅᑉ ᑲᒪᔨᒻᒪᓇᖓ

1. ᐋᓚᓯ ᐋᕐᕿᖅᓚᖅ — ᐊᖓᔪᖅᑳᖅ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
2. ᒫᔭ ᐳᒪᕐᓘ — ᐊᖓᔪᖅᑳᑉ ᑐᖓᓕᖓ, ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒥ ᑲᒪᔨᒻᒪᓇ
3. ᐄᕋ ᐅᐃᑖᓗᑦᑐᖅ — ᐳᕐᑐᓂᕐᓱᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᐃᓄᒃᔪᐊᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
4. ᓄᐊ ᐃᓄᒃᐸᒃ — ᐳᕐᑐᓂᕐᓱᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᖅ, ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᒻᒥ ᑲᒪᔨᒻᒪᓇ
5. ᔩᓂ 7 — ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐊᓪᓚᑎᖓ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓄᓯᓕᕆᕕᐅᑉ ᐊᓪᓚᕕᖓᑕ ᑲᒪᔨᒻᒪᓇᖓ
6. ᐋᑕᒥ ᐁᓇᓕᒃ — ᐃᕗᔨᕕᒻᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
7. ᒫᑭ ᐊᕐᐹᕐᑲᑦᑕᖅ — ᐊᐅᐸᓗᒻᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
8. ᔫᑲᓯ ᐊᒧᑯ — ᐊᑯᓕᕕᒻᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
9. ᑲᑦᑏᓇ ᐱᐊᕿ — ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᑦᔪᐊᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
10. ᐹᓪᓚᓲᑦ ᐃᔨᑭᐊᓪ — ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕ ᑭᓪᒪᖅᒪ
11. ᓴᕋ ᑲᓈᕐᔪᐊᖅ — ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᑕ ᑭᓪᒪᖅᒪ
12. ᐋᓂ ᒪᓂᒃ ᖃᐅᒃᑫ — ᑕᓯᐅᔭᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
13. ᒍᐃᓕ ᖁᒫᓗᒃ — ᐅᒥᐅᔭᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
14. ᓕᓯ ᓂᕕᐊᕐᓯ — ᑰᑦᔪᐊᕌᐱᒻᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
15. ᔮᓂ ᐅᕿᕆᐅᑦ — ᖁᐊᕐᑕᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
16. ᐅᕕᑎ ᐱᕐᒍᐊᐱᒃ — ᑲᖏᕐᓯᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
17. ᐄᕋ ᑯᐊᖅᓇᓈᖅ — ᓴᓗᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
18. ᓯᐊᔭ ᑕᒍᖅᓈᖅ — ᑰᑦᔪᐊᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ
19. ᔮᓕ ᑕᖅᑭᐊᐱᒃ — ᑐᓚᑦᑕᕕᐅᑉ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᑕ ᑭᓪᒪᖅᒪ
20. ᐃᓕᓴᐱ ᐅᐃᑦᑕᖅᓚᖅ — ᐳᕕᕐᓂᑐᕐᒥᐅᑦ ᑭᓪᒪᖅᒪ

ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓪᓚᐅᔪᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᕕᓯᑎᒃ, ᐊᑕᐅᓯᕐᒥᒃ ᑐᑭᑖᕆᑎᒥᒃ ᐊᓂᒎᑎᑦᓯᓯᑎᒃ. ᐳᕐᑐᓂᕐᓯᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᕕᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᑐᕕᓃᑦ.

ᑲᒪᔨᒻᒪᕆᐅᑉ ᐊᓪᓚᕝᕕᖓᓂᒃ

ᔨᓂ 7

ᑲᒪᔨᒻᒪᕆᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖏᑦ

2006-2007-ᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖃᓚᐅᔪᔭ ᑎᓂᒃ ᑭᒥᕐᕆ ᑲᑎᒥᒍᒪᑉᐳᑦ.

ᐱᐊᕋ ᑖᒃᑐᐱᓂᐅᓯᒪ ᐱᓇᓯᒪ ᓃᕙᒪ ᓄᑲᖕᒪᕋᖕᓇᑐᐱᓂᐅᓯᒪ ᐅᑎᓚᐅᕙᓯᒪ ᐱᔭᓴᒃᑲᒃᑕᓚᐅᕙᐳᒪ. ᐅᑯᓇ, ᐊᕐᕋᒍᓄ ᔨᑕᒪᐅᕙᕐᕐᒥ ᒪᒃᑐᓅᓂᕐᒪᕙᕐ ᐸᕐᓄᕈ ᕈᓂᓇᓚᐅᕙᔭᐳ ᐱᔮᕐᔨᒪᑲᔅᓂᓚᐅᕙᐳᕐ. ᐱᓇᓯ ᑎᐳ ᑕᒪᑐᒥᒪ ᐱᒪᔨᐊᓪᒪᓇᐅᑎᒃᑲᒃ ᑕᓚᐅᕚ ᐊᓪᒪᓗ ᑲᑎᒪᕈᓂᐊᓇᔨᒪᓚᐅᕙᔭᐳ ᑕᒪᑐᒥᒪ ᐸᕐᓄᕈ ᕈᑲᑕᐅᓚᐅᕙᓪᒥᓯᑎᒃ.

ᑎᓕᔭᐅᔨᒪᔨᑎᒃ ᑲᑎᒪᕈ ᑎᓄ, ᐱᓇᓯ ᑎᐳ ᐅᐸᓅᒪᒃᑕᓚᐅᕙᐳ ᐃᓂ ᓚᑎᓇ ᔨᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᔨᒃ ᑎᔨᒍᑎᓴᓂᒃ ᐃᐱᓂᐊᕈᑎᒥᔨᒪᔭᒥᓂᒃ ᒪᒥᓴᓂᒃᑎᔨᓂᓂᒃ ᓄᓇᓕᓂ ᐊᓪᒪᓗ ᐱᓇᓯᑎᒥᓂᒃ ᐃᓗᔨᓕᓇᐱᐅ.

ᑲᑎᒪᓂᒪᓄ ᑲᕙᒪᒋ ᑭᒪᑐᑎᒥᑦ ᑲᑎᒪᕈᒥᑦ ᐃᓄᓕᓇᓂᒍ ᕋᑯᔭᐅᔪᐱᓂᐅᓯᒪ ᑭᓕᔨᓂᐊᑐᓄ. ᐱᓇᓯ ᑎᐳᓗ ᐊᑐᐃᓇᕈᑎᓇᓚᐅᔪᐳᒍ ᑐᓴᑎᓯᒍᑎᓴᓂ, ᑲᓄᐃᓕᒪᓂᒪᓂ ᑐᓴᑎᓯᒍᑎᓂ ᓄᓇᐱᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᐅ ᐱᓇᓯᑲᑎᒍᑕᐅᓂᒪᑕ. ᔨᑭᐊᒍᒪᓗᐊ. ᐱᐳᐊᓇ 2007-ᒥ ᑲᑎᒪᓂᓇᓂᐊᓚᐅᔪᔭᐳ ᓄᕋᓇ ᑎᑕᐅᓚᐅᔪᐳ ᑯᕕᒥ ᓂᕈᐊᓂᑲᔨᓚᐅᔪᒥᒪ.

ᕋᑯᔭᐅᔨᒪᒥᔪᒍ ᑲᑎᒪᔩ ᑲᑎᒪᓂᔪᐊᒪᓄ. ᑕᒪᓇ ᐸᓂᕈᑎᒥᔨᒍ. ᐊᑐᐃᓇᕈᑎᓇᔨᒪᐳᒍ ᑕᓕᒪᓄ ᐊᕐᕋᒍᓄᓕᒪᔪᓴᓂ ᐃᓚᒥᓕᐅᑎᒥᐊᓕᓂ ᐋᑭᔨᔨᒪᐅᑎᓴᓂ ᐸᓂᕈᔨᒍᑎᓄ. ᑕᒪᓇ ᐅᒪᔨᓕᒥᐊᑕᐅᔨᒪᔪ ᑐᓴᔨᒍᑎᓕᐊᓇᔨᒪᔭ ᑎᓂᓗ ᑭᓚᓈᔨᑕ ᑐᓴᑎᔨᒍᑎᑳᓇᐊᒥ.

ᑕᒪᑯᓂᒪ ᐱᔭᓴᑲᕈᓗᐊᒥᔨᑎ. ᐱᓇᓯ ᑎᐳ ᐱᓇᓯᒪᓴᒥᓂ ᐱᓇᓯᐊ ᔨᐊᐸᑐ. ᐅᐱᒍᔨ ᑐᒪᓇᐅᐳᒪ ᐱᓇᓯ ᑎᔨᐊᕐᕈᓄᓂ ᓄᓇᐱᒥ ᐃᓗᔨᓕᓇᐱᐅ ᐊᓚᐱᒪᓂ. ᑎᒥᑯᑎ ᑎᓂ ᐱᐸ ᐹᔨᒪ ᔨᐊᐸᑐ. ᐃᓚᐅᓚᐅᔨᔨᑎ ᑲᑎᒪᓂᐊᔨᔨᑲᑎᒍᑕᐅᔪᒍ ᐱᓇᓯ ᑲᑎᒦ ᔨᐊᓇᐊᑲᓂᒍ ᑐᔅᐅᒪ ᑲᑎᒦᒥᐊᑲᓂᒍᓗ ᔭᓄᐊᓇ 2007-ᒍᑎᓗᒍ. ᑐᓂᒪ ᔨᐊᓂᒥᓂ ᐱᓇᔨᐊᑕᒥᒍ ᓄᓇᐱᒥᐅ ᑲᓄᐃᒥᑐ ᔨᐊᒍᑯᓗᒥ ᓄᐃᑕᑎ ᔨᐸᓕᑐ.

ᑭᒍ ᓕᐸᐅᑎᓗᒍ. ᓇᑯᕆᐳᒪ ᑲᑎᒪᔩᓂ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪ ᔨᐊᐸᒪᑕ ᑐᑭᒍᐊᒥᐊ ᑎᔨᐸᔨᑎᓗ ᐱᓇᔨᐊ ᑎᓗᒪ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᓯᒪ ᐊᓚᔨ ᐋᒪᒍ. ᐊᒪᔪ ᑳᑎᓄ. ᑲᔪᔨ ᔨᐊᑭᓇᔨᔨᒪᐳᒪ ᑲᒪᔨᒪᓇᐅᓂ ᓃᐸᒪ.

ᑲᐅᔨᐸ ᓚᔨᐊᑭᒪᐳᒪ ᓄᓇᐱᒥ ᑯᕕᒥᑐ ᐱᓇᔨᑲᑎᒥᔩ ᑎᓂ ᐱᓇᔨᑲᑎᒥ ᔨᐊᓇᐊ ᓚᑭᒪ ᔨᒥ ᓄᓇᐱᒥᐅᓂ ᐱᒍ ᔨᑎ ᓗᑕ.

ᓇᑯᕐᒦ.

ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕝᕕᐅᔪᒥᒃ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᐳᐊᓇ 2006-ᒧᑎᖅᓱᒍ ᓄᐃᑕᐅᔪᖅᑲᓚᐅᔪᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕝᕕᐅᔪᒥᒃ **RDGM** ᐃᓕᑕᕆᔭᐅᓂᖅᑲᓚᐅᔪᕐᓯᓂᒃᓱ ᒫᓂ 2006-ᒥ ᑎᒥᐅᔫᕐᓄᑦ *RAMQ* ᐊᒻᒪᓗ *FMOQ*. ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓖᑦ ᐃᒫᖕᒍᓇᐊᖅᑲᑕᓂᒥᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᑯᕐᒥᑦᑕ ᑲᒪᔨᒪᓇᖅᑕ ᐊᓪᓚᕕᖅᒪᓂᒃ ᐸᖅᑐᑕᐅᒥᐊᖅᑲᓯᑐᐊᕐᐸᑕ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᖅᓴᓯᐅᑎᓂᒃ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᓐᓇᑐᓂᒃ. ᑐᑭᓯᐅᑎᓕᐅᖅᑲᑕᐅᑎᓪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᑎᓪᓗ ᐱᒍᖅᓴᐅᕕᑎᒍᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓯᒪᒥᓴᒥᓂᒃ ᓂᓪᓕᐅᑎᖅᐸᓪᓗᑎᒃ ᐸᖅᑐᑕᐅᓂᖅᒥᓐᓂᒃ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓃᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐱᖅᓴᖅᑎᑕᐅᒍᑎᓂᒃ.

ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᖓ

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕝᕕᐅᔪᖅ **RDGM** ᐃᒫᖕᒍᓇᐊᕐᓂᖅᑲᑕᓇᐊᖅᑯᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓂᒃ ᑐᑭᒐᓇᔭᖏᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓯᐊᒐᓱᐊᕐᒪᖔᑕ ᒪᑯᓄᖓᐅᓕᖓᔪᑦ:

- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᖅᑲᓂᒥᒃ ᐸᖅᑭᓂᖅ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ;
- ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᓴᓅᓕᖓᔪᑦ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᖅᑲᓂᖅᒥᑦ;
- ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐ ᔫᓕᖓᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ;

ᓯᓚᓗ, ᑐᑭᓕᐅᕆᓯᒪᓗᑎᒃ, ᑐᓯᐊᕐᓗᑎᓪᓗ ᐊᔫᑎᑎᓯᓗᑎᓪᓗ ᖃᐅᔨᓴᓯᐊᓗᑎᓪᓗ:

- ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐸᖅᑭᓂᕐᓂᒃ ᐃᓂᖅᓚᑎᕐᓯᒪᒥᐊᖅᑲᓂᖅᒥᓂᒃ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ;
- ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᒍᑕᐅᓂᖅᒪᓂᒃ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓂᐅᑉ ᐃᓚᖅᑭᓐᓇᒥᑎᓪᓗᒍ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖏᖅᒪᑎᑕᐅᓂᖅᒥᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᒍᑕᐅᒥᐊᓕᑦ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕝᕕᐅᔪᖅ **RDGM** ᑲᓯᑎᓯᕕᐅᕗᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓯᕗᓂᒃ ᑕᒫᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᑭᓯᓇᑎᓯᕕᐅᓯᓂ ᓯᓇᖕᓚᓐᓂᒃᑰᓯᒍᓂᖅᒥᓂᒃ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᒍᑎᓖᑦ ᓇᓗᓐᓂᓯᐊᕋᒪᓯᒥ ᐱᓐᓂᓗᑕᓇᓲᖅᒥᑦ. ᐃᓚᐅᔪᖁᑎᓖᑦ ᓯᕗᓂᒃ ᑕᒫᓂ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᓂᑕᓇᔭᐅᖅᖏᑐᒥᐅᑦ ᐱᒍᑦᔨᕕᖏᓐᓂᓗ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂᓗ ᐱᓯᒪᔪᓂᒃ.

ᐃᓂᖓᓚᑕᐅᓯᒪᓂᖓ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕝᕕᐅᑦ RDGM

2006-ᒥ, ᓯᑕᒪᕕᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᓚᐅᔪᑦ ᐸᖅᑭᑎᖏᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓘᓐᓈᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓯᕝᕕᐅᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᕐᕉᕕᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᒪᓇᖅᑲᓯᑎᒃ ᑲᑎᒪᔨᓕᒫᑦ. ᒪᕐᕉᕕᑦᓯᑎᒃ ᐳᕕᓂᑐᓕᐊᓂᒥᔪ, ᓯᕗᓂᒃ ᑕᒫᓂ ᑭᓪᓕᑐᖅᑎᑦ ᐅᖃᖅᑲᑎᒌᑎᓗᒥᑦ.

ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐃᓂᖓᓚᖅᑲᐅᓯᖅᒥᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑕᒪᑕᒪ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᓕᒫᑦ ᑲᒪᔨᐅᖅᓴᐅᑎᒥᒥᐊᓕᕐᓂᒃ ᑲᒪᔫᒍᕗᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑐᐃᓐᓇᑐᓂᒃ ᐱᓇᔫᑎᖅᑲᖅᓯᑎᒃ. ᐅᐃᒪᓇᖅᓯᔪᑦ ᐅᖅᑯᑦ ᐅᓐᓄᑦᑯᓗ ᐱᖓᓱᐊᖅᑎᓗᒥᑦ, ᐱᐅᔪᒥᐊᓚᐅᖓᔪᑐᖅ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖅᑲᔪᒥᒃ ᐱᒍᑦᔩᔫᑐᐊᕿᑎᒃ ᐱᓇᓱᑎᒥᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᑎᒌᒍᑎᖅᑲᓇᐊᖅᓯᐊᓗᑎᒃ, ᑕᐅᖅᓰᖅᑲᖅᑕᐅᑎᖅᑲᑕᓗᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᕕᑎᒍᑦ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᐊᑕᐅᖅᓯᒪᑐᒥᓅᓐᓂᑦ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ (ᐃᓇᖅᓯᑎᒌᖅᑐᑎᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᐃᑦ).

ᐃᓇᖅᒥᕐᑎᓴᕐᑲᕐᓂᖅ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓇᖅᒥᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᓯᖅᒥᓇᓇᐊᖅᑲᓲᒍᕗᑦ. ᐃᓇᖅᒥᑎᓴᖅᑲᓂᖅ ᐱᒍᑦᔨᓂᓂᒃ ᐱᐅᓯᑎᒥᐊᑎᓯᓲᒍᖅᒥᓂᕗᖅ, ᑭᓯᐊᓂ ᑭᖅᔫᒪᓇᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᓲᒍᒪᒥ. ᐱᓇᓱᑏᑦ ᐊᓯᑦᔨᑕᓂᖅᒥᓐᓄᑦ ᐊᑐᑏᑦ ᑭᖅᒍᓂᖅᒪᒍᑦ ᖃᓄᐃᓕᒪᖅᒫᑕ ᖃᐅᔨᒥᐊᑕᐅᒍᓐᓇᓯᓲᖅᒥᒪᑕ ᑲᒪᔨᐅᖅᓴᐅᑎᒥᐊᓖᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᖅᑲᓯᐊᑎᓐᓇᒥᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑎᒪᓃᑦ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦᑐᑦ

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓃᑦ ᑕᒪᑕᒪ ᐃᓂᖅ ᓚᑎᖅᓯᒪᓂᒃᑲᓐᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᖕᓂᒥᒃ ᑦᑕᕙᓂᖅᓴᓐ ᐊᓚᐱᒃᓯᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓃᑦᑐ ᓄᒃᑲᑦᑕᐃᓐᓇᓂᖅᒥᓄ ᑲᒪᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᒃᓯᐊᑎᓐᓇᒥᑦ. ᐊᒥᓯᑦ ᐊᑐᑏ ᑭᒡᓇᑕᐅᑐᐃᓐᓇᕐᖁᑎᑦᑕ ᐱᒍᕆᓂᖑ ᐊᑦᑐᓯᐅᓕᖅᑭᒪᑎᑦᑕᐅᓂᖅᒥᑦ ᓯᖃᓕᒪᑎ ᓯᓯᒍᓯᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᐅᓄ ᐱᓇᓱᑎᔅᓱᓕᓈᓂᖅᒪᓄ. ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓱᐋᒍ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᓇᓱᐱᒃ RDGM ᑐᖁᒃᑲᒪᓯᒪᓕᖅᑐᖅ ᑲᔪᓯᑎ ᓯᓂᒥᑦ ᐱᒍᕆᓂᓂᕐᐃᓂ ᓚᑎᓇᓂᕐᒍ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᔅᓴᓂᑦ ᐱᐅᓯᑎᑦᑕᐅᒥᐊᕐᖁᓯᒥᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᒃᑎᑦᑕᐅᓂ ᑲᒥᔅᑕᐅᓂᓂᑦ. ᐊᑕᐅᓯᕐᑯ ᑎᓯᒥᐊᕈᒪᓕᖅᓯᑎᑦ ᐱᒍᕆᓂᓂᑦ ᓯᕐᔮᓂ ᑕᒡᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᓯᓯᐊᕈᒪᓕᖅᓯᑎᑦ ᐊᑐᖅᑎᓂᑦ ᑲᔪᓯ ᓯᐊᑐᒥᑦ ᐱᒍᕆᓯᐊᖅᑐᒥᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑎᒪᓐᓴᔪᖅᓂᖅ

ᓄᓇᐱᑦ ᐃᓄᒥᐊ ᓯᑉ ᓕᐊᓚᒥ ᑭᒡᒍᓚ ᓯᑉ ᓕᐊᑐᐃᓐᓇᑐᖅ ᐊᑲᑦᒥᒃᒥᑐᓂᑦ ᓄᓇᖕᒪᓗ ᐊᒥᔪᐊᔫᓯᓂ. ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓱᐋᒍ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᓇᓱᐱᒃ RDGM ᐸᖅᑯᑎᒥ ᑲᑎᒪᔩᑦ, ᑲᑐᔩᑲᑎᒃᑲᔪᑎᑦ ᓯᕗᓂ ᑕᒡᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓃᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔩᖅᒥᓂᑦ. ᑭᒥᕐᓚᕈᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓃᓂᐊᓂᒥᑦ ᓄᓇᐱᒥ – ᐱᒍᕆᐱᓂ ᐋᓐᓂᐊᐱᓂᖑ – ᑐᓯᖁᕆᒪᖑᑎᑦ ᓄᑖᒥᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓂ ᓚᓪᓚᐅᓯᐅᓚᔪᑐᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑲᓂᖑ ᑲᒪᒥᐊᖅᓚᑐᖅᓴᐅᓚᔪᑐᓂᑦ.

ᐃᓕᓐᓇᑎᑦᓯᒐᓱᐊᖅᓂᖅ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑎᒪᓐᓂᒃ

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓱᐋᒍ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᓇᓱᐱᐅᔪᖅ RDGM ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᑲᐳᖅ ᑭᒥᕈᖃᔭᓂᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓃᖑᓂᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᓄᑦ ᐃᓕᓐᓇᑎ ᓯᒐᓱᐊᕈᓐᓇᓂᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓐᓂᑦ. ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓃᑦ ᑐᖁᒃᑲᓇᐊᒃᑲᑕ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᔭᐊᓂᒥᑦ. ᐋᑭᓱ ᓯᒪ ᓯᐊᑐᒥᑦ ᐃᓂ ᓚᓪᓚᐅᓯᒃᑲᓂᒥᑦ, ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᕆᓯᐊᓂᒃᑯᑎᑦ ᐃᓱᒪ ᓴᓯᐅᒃᑲᑎᒌᑦ ᓯᐊᕐᖃᓐᓇᖑᑎᑦ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᓐᓂᒥᒍ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᕕᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᑦ

ᐊᒥᓱᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᕕᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓴ ᐱᕆᐊᑕᐅᔪᑦ ᓕᐊᓂᒥᑦ ᑐᓂᖅᓴᑎᒥᓄ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓱᐋᒍ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᓇᓱᐱᒃ RDGM ᑭᓄᒍᑎᐱᓂᐅᑎᖑᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᓕᒫᓄ ᓄᓇᐱᒥ, ᒪᑯᐊ ᐃᓚᐅᑎᖑᒥᑦ:

- ᐱᐅᓯᒥᐊᑦᑕᐅᓂᖅᒥᑦ ᐊᑦᑐᓯᐅᓕᖅᑭᒪᑎᑦᑕᐅᓂᖅᒥᖑ ᑐᔅᐅᒪᒃᑕᐅᑎᒍᑎᑎᒍ ᑦᑫᑐᑦᑕᐅᒍᑎᓕᓇᒍᑏ – ᒪᑭᐊ ᑎᒍ RUIS, ᐱᓇᓱᒃᑎᒥᖑᒥ ᐅᑯᐊ *Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique* (ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᐱᓪᓚ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐃᓕᓂᐊᐱᔪᐊᓕᓇᓂᖅᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᒃᑯ ᐃᓗᓯᓯᐊᓇᐊᒃᑲᓂᖑ);
- ᐊᒍᑐᐃᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓂᑦ ᐱᓇᓱᑎᑖᓂᓄ ᐃᓕᓐᓇᑎᓯᒍᑎᓴᓂᖑ;
- ᐃᓂ ᓚᑎᓇᒥᐊᓯᐊᓂᖅ ᐅᐃᒪᓇᑐᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᒍᕆᓂᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᔫᒃᑯ ᐅᐃᒪᓇᓯᓯᑎᑦ ᐊᐅᓚᓇᐊᑲᔩᓂᖅ;
- ᐊᑦᑐᓯᐅᓕᖅᑭᒪᑎ ᓯᓂᑦ ᐱᓇᓱᐋᔩᖅᒥᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᐅ ᓄᓇᐱᒦᑐ;
- ᐊᐅᓚᑦᑕᐅᓂᖅᓚ ᓄᓇᐱᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓐᓂᑦ ᐱᓇᓱᑎᑖ ᐸᓕᐊᓂᐅ;
- ᐋᑭᓱᐃᓂᖅ ᐱᓇᓱᒃᑎᒦ ᑐᔅᓂᑦ ᐊᑦᑐᓯᐅᓕᖅᑭᒪᔩᒥᑦ ᐱᒍᕆᓂ ᑲᖁᔭᑎᒍᑦ ᓄᓇᐱᓕᒫᒥ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓱᐋᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᓇᓱᑦᐱᐅᑦ RDGM-ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅᒥ ᐱᒍᑦᕆᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᖅᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ *FMOQ* ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦᓯᐊᓇᐊᖅᑲᖅᓂᖅᒥᑦ

ᐅᑲᐅᓯᑲᓚᖅᓚᓚᒍᐊᕿᑕ ᐅᓄᓯᒥᐊᑦᑕᐅᒥᐊᑲᓂᖅᒥᖅᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᐅ ᐱᓇᓱᐊᓲᖅᒥᑕ. ᐅᑉᐸᒍᖅᓂ ᑎᒥᔫᒃᑯ ᐅᐃᒪᓇᓯᔪ ᐊᐅᓚᑎᑦᑐᒃᑲᑦᓲᒍᓂᖅᒥᖅᓂᑦ ᐅᑉᐸᒍᖅᓂ ᑦᑫᒥᐅᑦ ᐃᓕᖅᑯᓯᒃᑲᑎᒥᔭᐅᖅᖅᒥᓂᖅᒥᖅᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓂᓗᓕᖅᓚᔪ ᓯᕿᑦᑐᓯᒪ ᓗᑐᓰᒍᐳ ᑲᒪᔩᑲ ᓯᐊᓇᐊᑲᔪᑎᒍ ᐋᑭᓱ ᓯᒪ ᓯᐊᓂᖅᓴᒥᑦ. ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓱᐋᒍ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᓇᓂᖅᓄ ᐱᓇᓱᐱᐅᑦ RDGM, ᐱᓇᓱᐊᓯᒪᔭᖅᑎᒍ *FMOQ* ᓄᐃᑦᑐᓚᑭᓯᒪᔪ, ᐱᒡᔭᓕᓇᓂᑎᒍ

ᐋᕐᕿᓯᐃᓯᒪᓃᒍᕗᑦ ᑕᒪᒃᑯᓄᖅᒪᐅᓕᖅᒪᔪᓂᒃ ᑭᖕᖑᒪᒋᔭᐅᔪᓄᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᑦᓴᓘᑦᑐᒪᓈᑦ, ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓈᑦ ᐊᒥᓲᓂᖅᓴᑦ ᐊᕐᑯᑎᒃᑲᕈᒪᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᓕᒥ ᐃᓘᓐᓇᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓂᓕᓇᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐦᐱᒥᒃ RDGM.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇ Dr. Dutil, *FMOQ* -ᑯᑦ ᐊᖅᒪᔪᖅᑳᖅᒪᑕ ᐅᖃᐅᓯᖅᒥᑎᒍᑦ, "ᓄᓇᓕᓕᒥ ᐃᓘᓐᓇᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓂᓕᓇᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐦᐱᒃ RDGM ᓂᐸᕐᑲᕕᒥᒪᐅᒃ ᓄᓇᕕᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓈᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓄᑦ ᑭᖕᖑᒪᒋᔭᐅᔪᑦ ᐱᖕᖑᒥᑦ ᓂᑦᔮᕈᑎᒥᒍᒪᔭᒥᓂᒃ."[1] ᓄᓇᓕᓕᒥ ᐃᓘᓐᓇᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓂᓕᓇᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐦᐱᒥᒃ RDGM. *FMOQ* -ᑯᑦ ᐃᓯᒫᓘᑎᒃᑲᓇᐊᑦᓯᐊᓇᐊᒃᑳᕈᑦ ᑲᖅᕿᓯᒥᐊᑦᓯᐊᓇᐊᒃᓯᑎᖕᖑ ᐱᑦᑐᓗᑕᐅᔪᓂᒃ. ᐊᑦᕿᒥᔭᐅᖅᖅᒥᒍᑎᐅᔪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒥᐊᑦᑎᑕᐅᕙᑦᑐᓂᒃ ᑕᑦᕿᒥ. ᐱᑦᑐᓗᑕᓇᔭᐅᔪᑦ ᐊᑦᕿᒦᕙᖕᖑᓱᒍᒻᒪᑕ ᐊᓯᖅᒥᖕᓂ ᓄᓇᓂ ᑯᐯᒃ ᑕᑦᕿᖅᒪᓂ. ᑭᓯᐊᓂ ᑕᑦᕿᒥ ᐱᑦᑐᓗᑕᐅᔪᑦ ᐊᑦᕿᒥᔭᐅᓲᖅᖅᒥᒥᔪᑦ ᐊᓯᖅᒥᖕᓄᑦ ᐱᑦᑐᓗᑕᓲᓄᑦ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᕐᓯᐊᓇᐊᒃᑳᕈᑦ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐊᒻᒪᓗ *FMOQ*-ᑯᑦ ᐊᑦᑕᑐᓕᑎᑕᐅᒥᐊᓚᖅᒪᑐᐊᕐᐸᑕ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦ ᓄᓇᑦᑎᓂ ᐱᑦᓯᐊᑕᐅᒥᐊᑦᓯᐊᓇᐊᒃᑎᓗᒥᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ.

[1] http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/DRMG/DRMGv2n1.pdf

ᐋᓐᓂᐊᕐᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᒃᑯᑦᓯᐅᑎᓇᒍ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᒍᓯᑦ

ᐋᓐᓂᐊᕐᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᒃᑯᑦᓯᐅᑎᓇᒍ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᓂᑦ

2006-2007-ᒧᑎᒎᕐᒧᑦ, ᑲᑎᒪᔨᑦ ᓯᕗᓪᓕᕈᑕᐅᔪᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᔾᔪᓯᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᒎᑎᐅᕐᑕᕐᑎ ᐱᒍᓯᐅᒍᑎᓯᒪᓂᒃ ᑲᒥᓯᒥ ᐊᑯᓕᐱᒥᒍ. ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᒍᑎᓯ ᑖᒃᑯᓇᖓ ᓄᓇᓕ ᓅᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐ. ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᔨᖏᑦ ᐱᒋᐅᓯᑎᑕᐅᓂᖓ ᐱᓯᕗᓕᒥᒃ ᔪᓂ 2007-ᒧᓕᕐᐸ. ᓄᑖᓂ ᐃᓕᓭᓂᑦ ᑎᑭᑐᑲᓚᐅᑦ ᓇᒍᓂᑕᐅᒍᑎᓯᓂᑦ ᓄᑕᐅᓯᓕ ᑐᐃᒥᐊᑐᒍᑎᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᔨ ᓇᒍᓂᑕᐅᒍᑎᓯᒥᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᐱᒋᐅᓯᑎ ᓯᒥᐊᑐᒍᑎᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᔨᐅᒍᒪᔪᓂᑦ ᓯᒍᓂᒍ. ᑲᒥᓯᐊᒍ ᔪᐊᒥᒍ, ᑲᒥᓯᔪᐊᒥᒍ, ᐃᓄᑦᔪᐊᒥᒍ ᑰᔪᐊᖃᐱᒥᒍ.

ᓯᓕᒍ, ᑲᔪᓯᑎ ᓯᒥᐊᓖᓕ ᒥᔪᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᒍᓯᓂᑦ ᐅᒥᐅᓯᒥᒍ ᑯᐊᑕᒥᒍ 2007-2008-ᒧᑎᒎᕐᒧᑦ.

ᑲᐅᔨᒪᓯᐅᑯᔨᕗᒍ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᔨ ᐅᐱᒥᓯᐅᐸᓯᒪᑕ ᐋᓐᓂᐊᕐᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᒃᑯᑦᓯᐅᑎᓇᒍ ᐱᒍᔨᓂᓕᕆᔨᓄ ᐅᐃᒪᓇᕐᓯᔾᔪᑲᑐᐊᓯᒪ ᐱᒍᔨᓯᐊᔨᒍᓯᒪᑕ.

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᐅᑎᓯᑦ ᐸᕐᓃᑕᐅᓂᕐᒥᑦ

ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᐅᑎᓯ ᐸᕐᓃᑕᐅᓂᕐᒥ. ᐃᓄᑎᑑᓕ ᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᐱᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᐱᐅᑦ ᑲᑎᒪᔨᒥᓄ ᐃᓄᑎᑑᓕ ᑎᑕᐅᓯᒪᒐᔭᐅᓯᑎᑦ, ᓈᒪᒥᔭᐅᓂ ᑲᓚᐅᔪᑦ ᔪᓂ 2006-ᒥ ᑲᑎᒪᓂ ᑲᑎᒍᒥ.

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒧ ᑐᑲᑕᐱᑦ ᐊᓚᒍᑎᓯᓚ ᐅᓯᒪᑎᒍᑦ ᑯᐯᒥ ᓄᓇᓕᒥ ᓯᓚᔪᐊᒥᐅᓚᒫ ᑲᓂᒪᖃᔭᐸᑕ ᐸᓃᓯᒪᐅᑎᓂᑦ, ᑲᓄᐃᓐᓂᒥᓯ-ᐊᓂᓕᓇᓂᒍ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓂᑦ (QPIP-HM) ᒫᓯ 2006-ᒥ, ᓄᓇᐱᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᐱᒥ ᑲᑎᒪᔩᓕᐅ ᑐᑲᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᐱᒥ ᐸᓃᑐᓯᓂᑦ. ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓯᓚᔪᐊᒥᐅᓚᒫ ᑲᓂᒪᖃᔭᐸᑕ ᐸᓃᓯᒪᐅᑎ (RPIP), ᐊᓚᒍᑎᓯᒪᔪᑦ ᒣ 31, 2006-ᒥ.

ᐸᓃᑕᐅᓂᐊᓚᐅᔪᒪᑕ, ᐅᓚᐸᒥᐅ ᐋᓐᓂᐊᐱᒪ ᑐᓚᑕᐱᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓅᓕᓯᐱᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᑦ ᐱᓇᓯᑲᑎᒥᔮᒥᒍ ᐊᓚᒍᑎᓯᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᒥ ᓯᓚᔪᐊᒥᐅᓚᒫ ᑲᓂᒪᖃᔭᐸᑕ ᐸᓃᓯᒪᐅᑎᓂᑦ (LPIP) ᐅᒃᑑᐸ 2006-ᒧᑎᒎᕐᒧᑦ.

ᑕᒪᑯᐊ ᐸᓃᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑲᔪᓯᑎ ᓯᒍᑕᐅᒥᐊᑲᓚ ᑯ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᐱᓯᓂᑦ (NTSs) ᑲᒪᐱᓯᐅᔪᓂᑦ ᐊᔨᒦᒥᑐᓂᑦ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓂᑦ ᑕᕐᕿᓇᓯᓇᑦ ᐃᐱᒍᓯᓯᐊᒍᑎᑦ ᑲᔪᓯᐅ ᓯᐊᒪᓖᑕ ᐱᒍᔨᒍᑎᒥ ᐋᓐᓂᐊᐹ. ᑕᓕᒪ ᐅᐃᒪᓇᕐᑐᓕᕆᐱᓯ ᐃᓂᓯᒥ ᓇᒍᓂᑕᐅᓯᒪᐳ: ᑯᔪᐊᒥ, ᐳᐱᓂᑐᒥ, ᐃᓄᑦᔪᐊᒥ, ᓯᒍᓂ, ᐊᒻᒪ ᑯᐯ ᑕᖁᒪᓂ ᐋᓐᓂᐊᐱᓕᐊᓯᒪᔪᓕᐱᒥ ᒪᑐᔨᐊᒦ ᑐᒥ.

ᓯᓕᒍ, ᐸᓃᓯᒪ ᓯᐊᓯᒪᓂ ᑎᓄ ᓂᓇᐅᓇᒥᑐᒍ ᑎᑭᑕᐅᓂᑭᑦ ᑲᒪᒋᒍᓇᒥᑕᑎᓄ. ᓄᓇᓕᓖ ᓯᓚᑖᒍ ᐸᓃᑕᐅᓂᓚ ᓯᓚᔪᐊᒥᐅᓚᒫ ᑲᓂᒪᖃᔭᐸᑕ (SPIP) ᐱᓇᓯ ᑲᑎᒦᒍᑕᐅᓯᒪᒥᔪᑦ ᓄᓇᓕᓄ ᐅᑯᓄᒪ ᑯᐯ ᑕᖁᒪᓂ, ᖁᒥᓯ ᕓᒥ ᐊᒻᒪ Abitibi-Temiscamingue.

ᐊᑐᖅᑏᑦ ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᖏᑦ

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᑐᕌᒐᖏᓐᓄᑦ ᐃᓕᒥᔭᐅᕗᑦ ᓯᓯᒥᔭᐅᑦᓯᐊᒪᕐᒫᑕ ᐃᑉᐱᒥᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᕐᒥᑦ ᐊᑐᖅᑏᑦ ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᖏᑦᑕ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒥ, ᐅᖓᕙᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᖓᓂ ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒥ, ᐃᓅᑦᓯᕙᕕᒻᒥᓗ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ, ᐊᑕᐅᓯᕐᒥᒃ ᑎᒃᑯᐊᑕᐅᓯᒪᔪᒃᑲᓲᖑᕗᖅ ᑐᑦᑕᕕᐅᒪᔪᑦᑐᒥᒃ ᕿᒥᕐᕈᐃᐅᒪᔪᓐᓄᓂᓗ ᐅᓐᓂᕈᑎᐅᔪᓂᒃ ᐱᒍᔭᐅᓃᑦ ᐱᓗᒥᑦ. ᑖᓐᓇ ᐅᓐᓂᓗᕐᐱᔅᓯᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒥᐊᓚᒃ ᐊᑐᑎᓂᒃ ᐅᓐᓂᕈᑎᒥᓂᒃ ᑲᒪᓕᑐᐊᑉᐸᑕ ᐊᓯᕐᒥᓐᓂᕈᕐᓃ ᐅᓐᓂᕈᑎᑦ ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᕐᒥᓐᓃᓕᕐᒪᔪᓂᒃ.

ᐊᓯᑦᔨᒥᐊᑦᑕᐅᒃᑖᓯᒪᒪᓚᑕ ᐱᑯᕐ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂ ᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᐊᖅᕿᒍᓂ ᐊᓂᒍᓯᒪᔪᓂ. ᐱᓗᐊᑐᖅ ᐅᓐᓂᕈᑎᓃᓕᕐᒪᔪᑦ. ᓯᕗᓕᐅᔭᐅᒥᐊᒃᑲᓕᒪᑕ ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᒥᐊᖃᕐᓂᕐᒥᑦ ᐅᓐᓂᕈᑏᑦ-ᑲᐅᔾᔨᔅᑕᐅᑐᑕᐅᒃᑕᓇᐊᖃᕐᓂᕐᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᖅᑯᒥ. ᐅᓐᓂᕈᑎᓂᒃ ᐱᑎᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔪᕐᒥᓚᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ.

ᐅᖓᕙᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᖓ ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ

ᐱᑯᕐ ᐱᔪᑎᓖᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐅᑲᐅᓯᑦᑕᕐᒥᑎᒍᑦ, ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓕᐅᑲᑦᑕᒍᔭᐅᓯᒪᓚᓚᑦ 2006-2007-ᒨᓕᕐᒪᔪᓂᒃ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓕᐅᕐᓯᒪᔪᒍᑦ ᐊᑐᖅᑏᑦ ᐅᓐᓂᕈᑎᒥᓯᒪᔭᕐᒥᓂᒃ ᐱᒍᔭᐅᓂᕐᒥᑦ ᐱᓗᕐᒥᑦ ᐅᖓᕙᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᖓᓄᑦ ᑐᓚᑦᑕᕕᒧᑦ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᒍᑕᐅᒪᓚᑕ ᑕᑯᒃᑯᐊ. ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒥ ᐃᓯᓚᔪᕕᓂᕐᓂᒃ, ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ 19-ᒍᓂᒪᓚᑕ ᐅᓐᓃᓂᕈᑎᒥᔭᐅᔪᕕᓃᑦ, 13 ᐱᔭᓈᑦᑕᐅᓯᐊᕐᓯᒪᔪᑦ, 5 ᓯᓚ ᑐᑭᑖᕈᑕᐅᓯᒪᕋᑦᑕᕐᒥᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᑭᒃ ᑎᒥᐅᔫᓐᓄᑦ ᐅᓐᓂᕈᑐᑕᐅᔪᕕᓃᓐᓄᑦ ᐋᑕᐅᓯᒪᑦᓯᑎᒃ. ᐊᓯᕐᒥᑦ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᒥᔪᑦ ᓯᓇᓐᓄᒍᓂᕕᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐅᓐᓂᕈᑏᑦ. ᐅᓐᓂᕈᑎᒥᔭᐅᓂᑉᐸᐅᕙᑦᑎᓗᒥᑦ ᑎᒥᐅᔪᑦ ᐃᓂᓪᓚᕐᒪᐅᓯᕐᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐅᓯᓇᒥᐊᒃᑲᕐᒥᑕᒥᓂᒃ ᐱᐅᓯᒃᑲᑦᑕᓯᒪᔪᑦ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑎᑦ 1

ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ:	19*
ᐅᓐᓂᕈᑏᑦ ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᓯᒪᔪᑦ:	13
ᑐᑭᑖᕈᑕᐅᓯᒪᕋᑦᑕᕐᒥᑐᑦ:	5
ᑎᒥᐅᔫᓐᓄᑦ ᐅᓐᓂᕈᑐᑕᐅᔪᕕᓃᓐᓄᑦ ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᒥᐊᓛᑦ:	2

* ᐅᓐᓂᕈᑎᐱᓂᖅ no. 128 ᓄᐊ ᐃᓄᑉᐸᒨᑦᑕᐅᓯᒪᒪᒥᔪᖅ, ᐅᓐᓂᕈᑎᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᕐᕈᓚᓄᑦ ᐃᓅᓚᑦᓯᕕᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᐅᑉ, ᒪᑐᕐᐊᒎᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᓚᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᓯᓂᑦᑕᕕᒐᓅᓚᕐᒪᒪᑦ.

* ᐅᓐᓂᕈᑎᐱᓂᖅ no. 122 ᐅᓐᓂᕈᑎᓂᖅ ᕿᒥᕐᕈᕐᕈ ᒨᑦᑕᐅᓯᒪᒪᒥᔪᖅ ᒪᑐᕐᐊᒥ ᑲᒃᑲᓛᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒐᓄᑦ, ᑕᓯᒍᒐ ᐋᓐᓂᐊᕕᒨᓕᕐᒪᒪᑦ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑎᑦ 2

ᓯᓇᒨᓕᕐᒪᓂᕐᒐ:	19*
ᑎᒥᐅᔪᑦ ᐃᓂᓪᓚᕐᒪᐅᓯᕐᒥᑦ:	9
ᐱᐅᓯᓇᒥᐊᒃᑲᕐᒥᑕᒥᓂᒃ ᐱᐅᓯᒃᑲᑦᑕᓯᒪᔪᑦ:	7
ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑦᑕᐅᓂᕐᒧᑦ:	3
ᑭᓇᑐᐃᓐᓇᑯᓐᓄᑦ ᐅᑳᒍᑕᐅᒥᐊᒃᑲᕐᒥᑐᓅᓚᕐᒪᔪᑦ:	2
ᑐᑭᓯᓂᕐᓗᓯᒪᐅᑎᓂᕐᒧᑦ:	1

* ᐅᓐᓂᕈᑎᐅᔪᕕᓃᑦ nos. 124, 128 ᐊᒻᒪᓗ 135 ᐊᑐᓂᑦ ᒪᕿᓂᒃ ᐱᔪᑎᒃᑲᐳᒃ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᔾᔪᑎᑦ 3 ᓴᐃᒍᑎᑦᓯᔾᔪᑕᐅᕗᖅ ᐱᓇᓱᒃᐱᒃ ᓇᓚᐊᒍᓂᖅᒪᓂᒃ ᐊᒻᒪ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᔾᔪᑎᑦ 4 ᓴᐃᒍᑎᑦᓯᔾᔪᑕᐅᓯᓂ ᐅᓄᓂᖅᓯᖅᓂᒃ ᐅᖃᐅᓯᐅᑎᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᕐᕌᒍᐃᑦ ᑕᓪᓚᒃ ᐃᓗᐊᒍᑦ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᔾᔪᑎ 3

ᐱᓇᓱᒃᐱᑦ:	19*
ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐱᔾᔪᑎᖃᖅᑐᓂ ᐃᐱᒃᑎᓯᒋᐊᖅᑐ:	10
ᐋᖅᑭᒃᓱᐃᔾᔪᑎᒃᑯᑦ ᐋᖅᑭᒃᓱᐃᕝᕕᖕᓄᑦ:	3
ᐱᓇᓱᒃ ᑎᒥᖕᒥᑦ:	2
ᐱᓪᓗᐊᕆᐊᓕᖕᓂ ᐱᔾᔪᑎᖏᓐᓂᒃ ᒥᑦᓕᖕᒪᑦ:	1
ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒻᒥᐅᐱᕐᕿᒥᓕᖕᒪᑦ:	1
ᐱᔾᔪᑎᖃᖅᑐ	1
ᐱᔾᔪᑎᖏᑦ ᐊᓯᐊᓄᑦ ᑎᒥᐅᔪᑦ:	3

* ᐅᓂᒃᑳᑎᐱᑦ nos. 128 ᐊᒻᒪ 135 ᒪᑭᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᒃᐱᐅᔪᒥᓕᖕᒪᑦ.

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᔾᔪᑎ 4

ᐅᓄᓂᖅᓯᖅ ᐅᓂᒃᑳᑕᐅᔪᐱᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᖅ 2002-2003-ᒥᑦ 2006-2007-ᒧᑦ ᐊᑯᓐᓂᖓᓂ	
2002-2003:	9
2003-2004:	3
2004-2005:	12
2005-2006:	15
2006-2007:	19

ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᖅ ᑐᓴᖅᑎᑦᓯᔾᔪᑎᖓ ᐊᑦᑕᓯᒪᓕᕐᒥᒪᑦ, ᐊᑐᕐᑎ ᑲᒪᒋᔭᖃᕐᓂᖅᓴᐅᓯᔾᔪᑎᖓ ᐱᔾᔪᑎᖃᕐᓂᖃᕐᓂᒥᓂᒃ ᑲᓄᐃᓐᓇᐊᖃᕐᒪᑦᒪᖔᕐᒥᓪᓗ ᐱᔾᔪᑎᖃᖅᐸᖕᒥ ᐱᓗᒥ. ᐅᓂᒃᑳᑦ ᑲᐅᔨᒪᔪᑦ ᓯᐊᒻᒪᖕᓂᖅᒥᑦ ᓇᓕᐊᒍᑦ ᐱᔾᔪᑎᓂ ᑎᓕᓂᖅ ᐱᐅᓯᒋᐊ ᑎᓯᒋᐊᖃᕐᒪᖔᑦ.

ᐅᓂᒃᑳᑕᐅᖃᑦᑕᕐᒪᑕ ᑐᓴᕐᒪᕆᒃᓯᒥ ᑭᒡᒋᖅᓱᐃᓯᒪᓂᕐᒥᒃ. ᐊᐅᓚᑦᑕᐅᓂᕐᒥᒃ ᐱᐱᖅᓴᖃᑎᒃᑕᐅᓂᕐᒥᑦ ᑲᒪᒋᐊᕐᕕᒃᑕᐅᔪᖅ ᑯᐊᓯᒥ ᐊᒻᒪ ᑭᖑᓂᖓᒍᑦ ᑲᓄᐃᓕᒪᖔᑕ ᑲᐅᔨᒪᒋᐊᖃᕐᓂᖏᓐᓂ ᐋᑯᓂ ᑐᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓕᑦ. ᑭᒡᒋᖅᓱᐃᒥᐊ ᓯᐊᓇᐊᖃᖅᑐ.

ᐊᑕᐅᓯᕐᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓐᓴᓗᑐᕐᒥᓗ ᓄᓇᑎᓂ: ᐅᕝᕙᓗᐊᑎᓗ, ᐃᓇᕐᕆᓯᒪᔪᓂ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓐᓇᖃᓐᓇᐊᖅᐸᓗ. ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓐᓇᒃᑎᓯ ᓯᐊᓇᐊᖃᕐᕙᓗᐊᑐ ᐊᑐᕐᑎ ᐱᔾᔪᓯᐊᖃᑕᓇᐊᖃᒪᑦ ᓈᒪᓈ ᓯᒪᔪᑎᒍ ᐱᔾᔪᓯᐊᓂᒍᓗ.

ᐱᔾᔪᑎᖃᕐᓂᐳ ᒪᒥᓴᕆᐊᖃᕐᓂᒧ ᐱᓪᓗᐊᕆᑎᓗᒥ. ᐋᓐᓂᐊᖏ ᐅᕕᓕᒪᔪᑎ ᓴᓂ ᐱᓇᓯᐊᓇᐊᖃᓐᓂᐳᑕᐅᓯ ᑎᓕᓴᐅᒪᐅᑎᒥᒪᑎᒍ. ᐅᕙᒪᑕᒪ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᑲᕐᕆᓴᓇᑲᑐᓴᐅᐳᒍ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂ ᐱᓗᒍ. ᐅᑐᕐᕋᐅᑎᒥᓯᒍ ᐃᓅᓯᓗᐊᓯᑎ ᐱᐊᕋᓴᑖᐸᑐ, ᐊᒻᒪ ᐊᖅᑭᒃᒋᑐ ᐋᓐᓂᐊᑳᓇᓴᐅᔨ ᐃᓅᓯᐅ ᓯᑲᑐᒥ ᐊᓯᖅᑭᓯᒪᓂᒪᓄ ᐅᕙᑕᐅᔪ (ᐊᐅᑯ ᐱᑕᓴᑲᓗᐊᓂ, ᐋᒪᓴᕿᓯᐊᑭᑕᐅᔨᓂ ᐊᑐᓂᓗᓂ, ᐊᓯᕐᒥᓗ).

ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᒪᑎ ᓯᓗᑕ ᐃᓂ ᓚᒪᐅᓯᕐᒥᓂ ᓴᐃᑕᓕᓐᑐ ᐱᔾᔪᑎᖃᓐ ᐱᓴᓴᑎᓯᔾᔪᑕᐅᔨᓗ. ᑎᒥᑯᑎᐳ ᐃᓯᐊᓂᓴᐅᑎ ᓯᒥᐊᓕᕋᓴᑯ ᐱᓇᓯᔾᔪᑎᑎᔾᔪᑐᐃᓇᐅᕐᒥᑐ, ᐱᓇᓯ ᑎᐅᔪᑎᔾᔪᑐᐃᓇᐅᕐᒥᑐ, ᕿᓇᐅᓴᑲᓂᑎᔾᔪᑐᐃᓇᐅᕐᒥᑐ, ᕿᓯᐊᓂᓕ, ᐱᐅᓯᒥᐊ ᑎᓯᒪᓴᓇᐳᔾᔪ ᐱᔾᔪᑎᖃᓂᓐ ᐅᓄᓂᕐᒥᓂᓗ ᐱᓇᓯᑎ ᓄᕋᓇᑐᐃᓇᑲᑕᕐᒥᓂᓴᐅᑎᓗᒥ.

ᐅᓂᒃᑳᑎᓐ ᑭᒡᒋᖅᓱᐅ ᐱᓇᓯᐊᓇᐊᓕᕐᒥᑕ ᐃᓕᒻᒪᐅ ᑐᓴᐅᒪᓴᐅᒥᐊᓕᖕᓂ ᑐᓴᑕᐅᑎᓯᑲᑕᓂ ᑐᑭᓯᒪᓴᐅᑎ ᓯᓯᐊᓇᐊᑲᓂᑦ ᐱᔾᔪᑎᐅᔪᓐ ᐊᒻᒪ ᐱᓴᓴᓇᓴᐅᔪᓐ ᐊᒻᒪ ᐊᑕᐅᓯᐱᒪᑎ ᐊᓯᕐᕆᒥᐊᑕᐅᓯᒪᓂᒪᓐ ᐱᔾᔪᐅ ᐱᔾᔪᑎᓕᐅ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᔾᔪᑎᓄ. ᐊᕐᕌᒍᓂ ᐊᓂᒍᑎᓯᒪᓕᑐᓂ, ᐱᓗᐊᑐ ᐅᓂᒃᑳᑦ ᑲᒪᒋᓴᐅᔪᓯᕐᒥᓐ. ᓯᐳ ᓕᐅᓴᐅᒥᐊᑲᓕ ᐱᓴᓈ ᑕᐅᓯᐊᑲᑕᓇᐊᑲᓂᕐᒥ ᐅᓂᒃᑳᑎ ᑭᒡᒋᖅᓱᐅᔪᓯᕐᒥᑕ ᐊᒻᒪ ᐱᐅᓯᓯᓯᐊᓇᐊᑲᓂᑦ ᒪᓕᒃᖢ.

ᐊᓯᑦᔨᒥᐊᑦᑕᐅᓯᒪᒃᑲᑕᐅᒻᒥᔭᑦ. ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᖅᑲᓂᖅᒥᑦ ᐱᑦᓯᐊᑕᐅᖅᖅᒥᑐᖅᑲᒪᖅᒦᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ (ᐃᑦᐱᔪᓯᑦᓯᐊᓇᐊᖅᑲᓂᔪᑦ ᐱᑦᓯᐊᓇᐊᖅᑲᓂᔪᓪᓗ). ᐃᒣᓕᖅᒪᔭᑦ ᑲᑎᒪᔨᐅᖅᑲᑕᐅᓂᖅᒥᑦ:

- ᐱᖅᒪᕇᓗᑎᒃ ᐅᑯᐊ ᑲᑎᒪᔨᖅᒥᓂᑦ ᐱᓯᒪᓗᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᐅᔭᒥ ᐱᓇᓯᑦᑎᐅᔪᓐᓄᓗᑎᒃ.
- ᑲᒪᔨᒻᒪᓇ.
- ᐅᓐᓂᕈᑎᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᔨ.

ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐃᒣᑦᑐᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᓇᐊᓛᑦ:

- ᑎᑭᑕᐅᑦᓭᓗᑎᒃ ᕿᒥᕐᕈᔨᐅᓗᑎᓗ ᑐᓴᖅᑎᓯᔪᑎᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒫᖅᒣᓇᐊᕈᑕᐅᓯᒪᔭᓂᒃ ᑲᑎᒪᔩᑦᑕᐅᓯᒪᔭᓂᒃ ᐱᔪᑦᔨᓂᑦ ᐱᑦᓯᐊᑕᐅᓚᐅᓗᐊᓕᖅᒦᑦ. ᐱᔪᑦᔨᔪᑎᑦᓯᐊᔪᓕᖅᒦᑕᓗ. ᐊᑦᑕᓅᑦᑐᓯᐊᔪᓚᐅᓗᐊᓕᖅᒦᑦ. ᑲᔭᓯᑎᑕᐅᑦᓯᐊᖅᑲᑦᑕᕋᓗᐊᓕᖅᒦᑦ ᐊᑐᖅᑎᑦ ᐱᔪᑦᓇᐅᑎᖅᒥᑦ ᐅᑦᕙᓘᑦᓃᑦ ᐊᑐᖅᑎᑦ ᐅᓐᓂᕈᑎᖅᒥᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᑦᓯᐊᖅᑲᑦᑕᓚᖅᒦᑦ:
- ᐋᖅᑭᓯᐃᒥᐊᓛᑦ ᐱᑐᑦᓯᒪᐅᑎᓂᓇᒥᐊᓚᖅᒥᖅᓂᒃ ᑖᒃᑯᐊ ᑐᓴᖅᑎᓯᔪᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒫᖅᒣᕈᑎᑦᓴᓚᐊᔪᓯᒪᔭᑦ ᐅᒪ ᑐᕈᑖᕋᓯᐊᕈᑎᒥᓂᐊᓚᖅᒥᒥᑦ ᐃᒫᖅᒣᕈᑎᑦᓴᓚᐅᕈᑎᑦᓴᒥᓂᒃ ᐅᖅᑲᐅᓯᑦᑕᖅᒥᖅᓅᑦ 3-ᒦᑦᑐᑦ ᒪᓕᖅᓗᒥᑦ:
- ᐃᒫᖅᒣᕈᑎᑦᓴᓚᐅᖅᑲᑦᑕᓗᑎᒃ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᑐᕈᑖᕈᑎᑦᓴᑖᓇᓗᒥᖅᓗ ᐅᖅᑲᐅᔩᑦ ᐃᒫᖅᒣᕈᑎᑦᓴᓇᓂᐊᑦᑕᒥᓂᒃ ᐅᖅᑲᐅᓯᑦᑕᖅᒥᖅᓅᑦ 2-ᒦᑦᑐᑦ ᒪᓕᖅᓗᒥᑦ:
- ᐃᒫᖅᒣᕈᑎᑦᓴᓚᐅᖅᑲᑦᑕᓗᑎᒃ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓚᖅᓂᒃ ᑐᓴᖅᑎᓯᔪᑎᓚᐅᖅᓯᒪᔭᖅᑲᓚᖅᑎᓗᔪ ᐃᒫᖅᒣᕈᑎᑦᓴᓚᐅᖅᑐᖅᑲᖅᓯᒪᓚᖅᑎᓗᔪᖅᓗᓃᑦ ᐱᔪᑦᔨᓂᑦ ᐱᑦᓯᐊᓇᐊᑦᑕᐅᔪᑎᑦᓴᖅᒥᖅᓂᒃ:
- ᐃᑦᐱᔪᓯᖅᑲᑎᖅᑲᖅᓗᑎᒃ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ. ᑭᖅᔪᓂᖅᒪᔪᑦ ᖅᑲᓄᐃᓚᖅᒪᓚᖅᒪᖅᒦᑦ ᖅᑲᐅᔨᒥᐊᑦᑕᐅᓯᒪᒻᒪᖅᒦᑕᓗ ᑲᔭᓯᑎᓯᒪᓴᖅᒥᑦ ᐃᒫᖅᒣᓇᐊᕈᑎᑦᓴᑦ ᐅᖅᑲᐅᔩᑦ ᐅᐃᔪᖅᒥᖅᓅᑦ 3-ᒦᑦᑐᑦ ᒪᓕᖅᓗᒥᑦ:
- ᕿᓚᑐᐃᓗᑎᒃ ᑲᑐᑦᔨᖅᑲᑎᒦᔪᑕᐅᓂᖅᒪᓂᒃ ᑕᒪᑐᒥᖅᒪ ᐱᓇᓯᖅᑲᑎᒦᔪᑎᓚᖅᓄᑦ ᐅᖅᑲᐅᓯᑦᑕᖅᒥᖅᓅᑦ 1-ᒦᑦᑐᑦ ᒪᓕᖅᓗᒥᑦ:
- ᐃᑦᐱᔪᓯᑦᓯᐊᓗᑎᒃ ᓄᓇᓕᖅᒥ ᐱᔪᑦᔨᓂᑦ ᐱᔪᑦᔨᔪᑕᐅᑦᓯᐊᒪᖅᒦᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᓐᓂᕈᑎᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᔨ ᐱᓇᓯᑦᑎᖅᑲᕈᑕᐅᑦᓯᐊᒪᖅᒦᑦ. ᐱᓇᓯᑦᐱᖅᑲᑦᓯᐊᒪᖅᒦᑦ ᕿᓇᐅᓴᖅᑐᕈᑎᑦᓴᖅᑎᑕᐅᑦᓯᐊᒪᖅᒦᑕᓗ ᑲᒪᒥᒥᐊᓚᒥᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᑦᓴᖅᒥᖅᓂ ᐱᓇᓯᐊᑦᓯᐊᕈᖅᓇᑯᓗᒥᑦ:
- ᐱᓇᓯᐊᖅᑲᑦᑕᓗᑎᒃ ᐊᓯᖅᒥᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᖅᑯᓴᐅᓯᒪᔭᓂᒃ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᑦᓯᐊᑕᐅᖅᖅᒥᑐᔭᖅᑲᒪᖅᒦᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑎᓚᓴᐅᒪᐅᑎᖅᒥᖅᓂᒃ ᐅᖅᑲᐅᓯᑦᑕᖅᒥᖅᓅᑦ ᓯᕗᓚᖏᑦ ᒪᓕᖅᓗᒥᑦ.

ᐃᓯᒫᓗᒥᓴᖅᑲᖅᓯᐊᓗᑎᒃ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓚᖅᓂᒃ ᖅᑲᐅᔨᒪᑎᑦᓯᔪᑕᐅᒥᐊᖅᑲᓂᖅᒥᖅᓂᒃ ᐊᑐᖅᑎᑦ ᐱᔪᑦᓇᐅᑎᖅᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᖅᑭᒥᖅᕈᓴᐅᒥᐊᖅᑲᓂᖅᒥᖅᓂᒃ ᐊᓚᖅᑯᑎᓚᒫᑦ ᐅᓐᓂᕈᑎᓅᓚᖅᒪᔭᑦ. ᐊᒻᒪᓗ ᐅᓄᖅᓯᕙᑦᓚᐊᑐᐃᖅᓇᓂᖅᒥᑦᑕ ᐅᓐᓂᕈᑏᑦ ᐊᖅᑯᔪᓂ ᐊᓂᔪᖅᑐᓂ. ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐅᓐᓂᕈᑎᓂᒃ ᕿᒥᕐᕈᔩᑦ ᐱᓇᓯᒪᖅᒥᖅᓂᒃ ᐊᑦᑑᓂᐊᑦᑎᓗᒥᑦ ᐱᓇᓯᒪᑦᓴᖅᔪᑎᓯᔭᑦᓴᐅᒪᓗᐊᑦ ᑎᒥᐅᔭᓂ ᐱᓇᓯᒪᑦᓴᐅᓂᐊᑦᑎᓗᒥᑦ ᕿᕙᖅᓚᔪᓯᓂᒃ ᐋᖅᑭᓯᐃᓗᑎᒃ ᐅᓐᓂᕈᑎᐅᔭᓂᒃ ᖅᑭᒥᖅᕈᐱᑦᓴᐅᒪᓴᖅᑐᓂᒃ.

ᐃᓅᓕᕐᓯᕙᒃ ᐋᖅᐊᕙᒃ

ᑐᓴᖅᓴᖅᒥ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᖅᒥᑦᑐᖅ.

ᐸᖅᓀᓂᖅᓄᑦ ᐱᔭᑦᓯᓚᓇᓂᖅᓄᑐ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥᑦ

ᑐᓴᖅᑎᓯᒍᑎᖓᒥᑦ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓯᔨᐅᑉ ᐸᖅᓀᓂᖅᓄᑦ ᐱᔭᑦᓯᓚᓇᓂᖅᓄᑐ ᐱᓇᓱᕝᕕᒥ

2006-07-ᒥ, ᐸᖅᓀᓂᖅᓄ ᐱᔭᑦᓯᓚᓇᓂᖅᓄᑐ ᐱᓇᓱᕝᕕᒥ ᐱᓇᓱᖅᑏ ᐊᒥᓲᓂ ᐱᔭᕆᔭᒃᑲᖅᓯᐊᕈᓐᓇᓯᓚᐅᔪᖅ. ᐱᐅᓪᓗᑎ ᑎᓂᑦ ᐊᑕᐅᓯᑯ ᐱᓇᓲᑎᒃᑲᑕᓯᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐸᕐᓇᒃᑕᓯᑕ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᖅᓴᓂ ᒪᓕᓯᑕ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎ ᓴᓂᐊᐱᓂᕐᒥᓂ.

ᐸᖅᓀᓂᖅᓄ ᐱᔭᑦᓯᓚᓇᓂᖅᓄᑐ ᐱᓇᓱᕝᕕᒃ ᐃᓂᓚᑎᑕᐅᒦᓚᐅᔪᖅ 2005-ᒥ ᐃᓂᓚᑎᑕᐅᓯᒥᐊᓚᐅᖅ ᓯᒪᓯᓂ. ᑲᑲᓛᓂ-ᐅᐱᒃᑲᓂ-ᐃᓚᒦᓂᓗ ᐱᒍᕈᓂᒥ ᐱᓇᓱᕝᕕ ᐃᑲᔪᓯᒪᓚᐅᔩ ᑲᒪᒋᔭᐅᒥᐊᖅᐸᓪᓚᐅᑎᒥᓃᖅᑕᒥᓂ ᐅᐱᒋ ᐱᒍᔭᐅᒍᑎᒃᓴᖅᑕᒥᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑑᑎ ᑌᓂᒪᒍᑎᓴ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖅᑕᒥᓂ. ᐃᓚᐅᒥᑎᓗᒍ ᐱᓇᓱᖅᑕᐅᔪᖅ ᑲᓗᐃᖅᑕᒥᓯᐊ ᓇᑐᓂ ᐃᓂᓴᐱᑲᕆᒪᓂᒍ. ᓯᓂᓗ, ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᒥᐊᑲᓂᓚ ᓯᔪ ᓕᐅᔭᐅᒥᐊᑲᒥᔪ ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒥᔭᐅᐱᓚᑕ ᐃᓂᓚᓇᐊ ᓯᐊᑕᐅᒥᐊᑲᓂᓚ. ᐱᓇᓱᐊᑲᑕᐅᑉᒥᔪᒍ ᑲᔪᓯᑕᐅᓂᒥᓂ ᐊᐱᒥᒥᑐ ᑲᓇᐃᓘᓇᐊᕆᑎᓴ. ᐃᓚᐅᒥᑎᓗᒍ ᓄᑕᐅᓯᓕ ᑎᑕᐅᓂᓚ ᐱᓂᐊᓂᐅᓲ. ᐱᒥᐅᓴᑎᑕᐅᓂᓚ ᐊᐅᓚᓯᓰ ᐱᓇᓯᑏᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪᔩ ᓇᓕᑲᑎᓴ ᐱᓇᓯᑲᑎᑲᓯᑕ ᑲᐅᓯᒥᐊ ᐱᓴᒥ ᐊᑐᐃᓇᐅᑎᓚᐅᔪᓴᓚᓂ ᑯᐯᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᓯᓂᓄ ᑐᑲᑕ ᐱᓚᑕ.

ᑲᐅᓯᓴᐅᔪᐱᓃ ᑲᐅᓯᓴᑎᓄ [ᑲᐅᓯᓴᓂ ᐱᓇᓯᐊᓂᓗ ᐃᓯᒪᒥ ᓯ ᐅᓯᓂ. ᑯᐯᒥ] ᐋᓚᔮᓇᑐᐃ ᐃᒥᐊᓘᓗ ᐊᑐᑕᐅᓂᒥᓂ ᓄᓇᓕᓂ ᓯᑕᒪᓂ ᑲᐅᓯᓴᐅᑎᐱᓃ ᐁᑐᑑᑕᐅᒍᓇᓚᓖᒥᔪ. ᑐᓴᑎᓯᒍᑏ ᑐᓂᓴᐅᓯᒪᓕᑕᑕ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑲᑎᒪᔩ ᐃᒫᒉᑭᑎᒥᓂ ᑐᓴᑕᐅᑎ ᓯᓛᒥᔪ ᐱᒍᕆᓂᓂ ᓄᐃᑕᐅᒥᐊᓕᓂ ᐃᑲᔪᑕᐅᐱᓴᓂᓗ.

ᐃᑲᔪᓯᒪᓂᐅ ᐱᓇᓯᐊᑕᐅᓂᒪᓂ ᐱᓇᓯᐊᑏ ᐱᓇᓯᐊᑲᑕᓚᐅᔪᖅ ᐱᓄᓗᑕᐅᓯᓂ ᓄᓇᐱᒥ: ᐃᒥᓂᐊᓂ. ᐃᓚᒦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᒪ. ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᓂᑯ ᐊᑐᓂᓗᑕᐅᓂ. ᒪᓂᑭᓯᒪᓕᓯᑕ ᐱᓇᓯᐊᑕᐅᒥᐊᓕᓂ ᐸᓄᒍᑎᒥᓯᒪᓴ ᑎᓂ ᐃᒥᓂᐊ ᑌᓕᒪᒍᑎᓴᓂ. ᑭᓇᐅᓴ ᑏᑎᑕᐅᒥᐊ ᓚᓚᐅᔪᒍ ᑲᓇᑕᒥ ᓄᓇᓕᑐᑭ ᐅᐱᑭ ᐃᒥᓂᐊ ᑌᓕᒪᒍᑎ ᓴᒥᑕ ᐋ ᑭᓯᑕᐅᓯᒪᐅᑎᒥᓂ, ᑐᕿᒪᑲᑭᑎᒥᓯᒍ ᐃᑯ ᓚᑎ ᓯᒥᐊᑭᒪ ᓯᑕ ᐅᐱᑲᓂ ᐃᒥᓂᐊᔩᓂ. ᐱᒥᐅᓴᑎᑕᐅᓂ ᑲᓚᐅᔪᖅ ᐊᑕᐅᓯᑯ ᑎᓯᑭ ᐅᐱᑫ ᐃᓗᑯᑎᒥᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓂ ᐱᓇᓯᑏ.

ᐱᓗᑲᐅᑎᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᓂᑯ ᐊᑐᓂᓗᑕᐅᓂ ᐱᓗᒥ. ᐃᑲᔪᓯᒪᑲᑕᓚᐅᔪᒍ ᐊᓄ ᐃᑲᔪᑕᐅᐱᒥᓂ ᐊᒥᑕᐅᒍᑎᑲ ᑐᐱᓂᐅ ᓯᑕ ᓴᓗᓂ ᓗᑖᒥ ᐅᐱᑫ ᐃᓗᑯᑎᓴᒪᓂ. ᐅᐱᒥᓴ ᑲᑎᐱᑯ ᐃᓗᓯᓇᕿᒥ. ᑕᒪᑕᒪ ᐸᓄᑲᑕᒍ ᑲᑎᒪᓂ ᔪᐊᒍᓛ ᑐᒥ ᐅᐱᒪᓴᐅᓕᐸ ᐱᓄᓗᑕᐅᓯ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂ ᔫᓕᒪᔪ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᓂᑯ ᐊᑐᓂᓗᑕᐅᓂ ᔫᓕᒪᔪ ᑲᑎᒪᐅᑎᐅᓛᒪᑕ.

ᓄᓇᓖ ᑯᓕᓗ ᓯᑕᒪᓗᐃ ᒪᒥᓴᑎᓯᐊᐅᒥᐊᑐᑲᑕᓚᐅᔪᒥᔪ ᐱᓇᓯᐊᑕᐅᓂᒪᓂᑐ ᒪᒥᓴᑎᓯᓂᐅ. ᓄᓇᓕᑐᒃ ᒪᒥᓴᐅᑎ ᓴᓇᔭᒥᑕ ᑮᓇᐅᔭᑲ ᑎᑕᐅᐱᒪᓂ ᑮᓇᐅᔭ ᑐᑭᑎ ᓴᑖ ᑎᑕᐅ ᓯᑎ. ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᓕᓄ ᐃᑲᔪᓯᒪᐊᑲᓂᒥ ᓄᓇᓕᑐᑲᓂ ᑭ ᓚᑐᐃᒍᑎ ᓴᐅᓗᑎᓗ ᒪᒥᓴᑎᓴᓂ ᓄᓕᐊᓂᑯ ᐊᑐᓂᓗᑕᐅᓯᒪᔪᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᑯ ᐱᒥᐊᑲᑕᑕᐅᑲᑕᓯᒪᔪᓂ ᐃᓯᓇᐊᑎᑕᐅᓯᒪᓯᑎ, ᐊᒻᒪᓗ ᑭᒍᓭᓇ ᓯᕿᑕᐅᓯᒪᐅᑎᒥᓯᒥᓂ. ᐊᒥᐊᒥᔭᓂ ᑐᑭᓯᒪᔭᐅ ᓯᐊᔫᒍᒥᑐ: ᐊᖁᒍ ᐱᒪᓯᒥᐊ ᓚᔫᓂᒪᔪᓂ ᑮᓇᐅᔭ ᑐᑭᑎ ᓴᑖ ᑎᑕᐅᓯᒪᔪ.

ᐊᐅᓚ ᓯᓂᑎᒍ ᐃᓯᒫᓗᑕᐅᑲᒥᔪ. ᐱᒥᐅᓴᑎᑕᐅᓂ. ᐸᓄᑲ ᑲᓚᐅᔪᒍ ᐃᑲᔪᓯᒪᑲ ᑕᓯᑕᓘᐅ ᐱᒥᐅᓴᓇᒪᓴ ᑕᓗᓂ ᐊᐅᓚ ᓯᑮ ᐱᓇᓯᑎᓗ ᐋᓂᐊᐲᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓂ ᐱᓇᓯᑲᑎᒦᑐ. ᑕᖁᒥᑕᐅ. ᐱᒪᓯᐊ ᒪᓇᓇᑑᔩᒍᔪ ᐱᒥᐅᓴᑎ ᓯᓂᐅ ᓇᓃ ᓂᓇᒥᐊᓕᓪᓚ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓯᑎ ᐱᒪᓴᑲᓇᐊ ᓚᔩᒍᒪᑕ: ᐸᓂᑭᔪᑎᑲᓚᐅᔪᒍ 300 ᐅᒪᑖᓗᑐ ᐊᐱᑕᑲᑕᐅᑎᓴᒥᓂ. ᑲᒪᑕᐅᑎᓴᒥᓂ ᓯᓂᑕᐱᓴᒥᓂᓗ ᐃᓂᓴᓕᐅᓇᐊᑲᓯᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᒥᓂ ᐃᓂᓚᑎᓇᐊᑲᒥᓯᑕ.

ᒪᓂᔩᓯᒪᓕᖅᓯᑕ ᐊᓪᓚᖅᑯᑎᓂᒃ ᓄᓇᕕᖕᒥ ᐱᒍᑦᔩᒍᒪᑎᓂᒃ. ᐱᒐᑦᓴᖅᑫᓐᓇᓚᐅᕙᕗᑦ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᑦᓯᑕ ᑲᒪᔅᓴᐅᕕᖕᓂ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᒥᐊᓂᖕᓂᒃ. ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ ᑐᑦᓯᖃᓚᐅᕙᒥᕙᒍᑦ ᑲᐸᒪᑐᖃᒃᑯᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᐊᓯᑦᔩᒥᐊᕐᓂᒧᑦ ᑮᓇᐅᔭᖃᑎᓯᐱᖓᓂᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᕆᑎᑦᓴᑎᖕᓂᒃ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᕙᑦᓴᓂᒃ ᓯᕗᓪᓕᖕᑐᓴᓂᒃ ᐱᖓᓲᕙᓂ ᑎᒥᐅᕙᓂ. ᓯᑎᓪᐸᒥ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓯᒥᐊᓛᖕᑐᓴᐅᕙᖕ. ᑲᒪᔅᓴᐅᕕᖕᓂ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᒥᐊᓖᑦ ᑐᖁᓪᖃᕆᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᖕᒥᐅᑦ ᑲᒪᔅᓴᐅᑦᓯᐊᑦᑯᑦᓯᒥᑦ ᑭᖕᖑᒪᖕᑐᑦ ᓄᓇᕕᖕᒥᐅᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕆᑎᑦᓴᖕᒥᑦ ᒪᑭᑕᑦᓯᐊᕆᑎᑦᓴᖕᒥᖕᒍ.

ᑯᓗ ᐳᐯ

ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᒥᐊᖕᖕᒐᑎᑦᓯᓂᖅ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ

ᐊᑦᔨᒌᖕᖏᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᒐᓖᑦ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᖑᓂᖓ

ᓄᑖᒥᒃ ᐱᓇᓱᒃᑕᐅᔪᖅ ᓴᓈᓕᖅᑲᐅᓯᓂᕐᒧᑦ ᐊᐅᓚᓯᓂᕐᒧᑦ ᒨᓕᖅᑲᐅᓯᓂᕐᒧᑦ ᐋ ᑭᑕᐅᔪᒪᔪᖃᓕᕐᑎᓗᒍ ᐸᕐᓇᓐᓂᕐᓄ ᐱᔭᕐᓴᓂᕐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐱᐅᔪᒥ. ᐊᑦᔨᒌᖕᖏᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᒐᓖᑦ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᖑᓂᐊᓯᒪᓕᖅᑯ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᖅᑎ ᐱᓇᓱᖅᑲᑎᒌᖑᐃᔭᐅᓯᒪᓯᑎ ᐱᕙᓪᓕᐊᖑᐃᔭᐅᓯᑎ ᐱᓇᓱᐊᓪᓚᕆᒐᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐃᓗᐊᓂᒃ ᐱᕙᓪᓕᕈᑕᐅᓚᐅᕐᒪᑦ ᐃᓗᐊᓐᓂᒃ ᑕᑯᓇᕐᑕᐅᒍᓯᒃᑲᓂᐊᑎᓪᓗᒋᑦ ᐱᕐᓂᓪᓗᑕᐅᔪᖅ ᐃᓱᓕᓪᓗᑎᑕᐅᔪᐃᓗ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒥᐊᕈᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᖅ ᐊᑕᐅᓯᕐᒧᑦ ᑎᓯᒥᐊᕈᑎᖅᓴᐅᑉ ᒪᑯᐊ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᒥᐊᖃᕐᓂᕆᓂᐊᕐᒥᒃ:

- ᑎᒥᖕᒍ ᑲᓇᐃᑦᑦᑐᕐᓯᐊᓂᒃ;
- ᐃᓱᒪᖕᒍ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᖅᑲᓇᐃᔭᖅᑕᐅᓚᐅᖅᑐᖅ;
- ᐃᓚᒌᑦᑐᑦ ᐱᓗᕐᑲᐅᑎᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᖕᓂᖕᒍ ᐊᑐᕐᓂᓗ ᑕᐅᓂᖅ;
- ᐊᓇᕐᕿᓯᒪᔪᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓯᐅᓂᕐᒥ;
- ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑎᒥᖕᒍᑎᐅᔪᑦ;
- ᐱᓇᓱᑎᑖᕐᑲᓕᐊᓂᖅ.

ᓯᓕᓗ, ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᑎᒥᐊᓕᖅ ᐅᑭᐅᖅ ᑲᑉᑲᑎᒌᖑᕐᖏᑐᓈᓕᕐᑲᓂᖕᒥᖕᓄᑦ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔨᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎᖅᑲᓱᒃᑐᕆᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᓯᓂᒃ ᑲᑲᓚᓈᓕᕐᑲᔪᓂᒃ, ᐃᓚᒌᓈᓕᕐᑲᔪᓂᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᐱᒃᑲᓈᓕᕐᑲᔪᓂᒃ.

ᐱᓇᓱᒃᑎᒌᓕᓯᑎ ᐊᑦᔨᒌᖕᖏᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᒐᓖᑦ ᒪᑯᓂᖕᒪ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᓄᐃᓯᒍᓇᓯᒪᒋᐅᑉ:

- ᐃᓅᓂᐊ ᐅᕙᓚᑎᑦᓯᓂᖕᒍ ᑲᑎᒪᔩᑦ;
- ᓄᓕᐊᖕᓂᖕᒍ ᐊᑐᕐᓂᓗ ᑕᐅᓂ ᒨᓕᖅᑲᔪᓄ ᑲᑎᒪᔩᑦ;
- ᐋᕐᒪᔭᖁᓯᐊᕈᑕᐅᓃ ᐊᑐᕐᓂᓗ ᑕᐅᓂᕐᒥᓄ ᑲᑎᒪᔩᑦ.

ᑐᑭᓕᐊᕈᑎᑦᓴᑦ

ᐱᓇᓱᒃᑎᒌ ᑐ ᑕᒡᕙᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᒪᑯᓂᖕᒪ ᑐᑭᓕᐊᕈᑎ ᑲᑲᑕᓚᐅᔪᐃᑉ:

- ᑲᑐᔨᖃᑎᑲᓗᑕ ᐱᓇᓱᖃᑎᒥᒋᐊᓕᑎᓂ; ᐱᓇᓱᖃᑎᒃᓯᐊᓗᑕ ᑲᑐᔨᖃᑎᒥᒋᐊᓕᑎᓂᑦ ᐋᓂᐊᕐᐲᓂ ᑕᒻᒪᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᐱᒻᒥᐅᓂᑦ ᑕᒪᑐᒧᖕᒪ ᐊᑐᐊᕐᓴᐅᓂ ᑲᑐᓕᒫᓂ. ᑌᒪ, ᑲᓄᐃᓅᓇᐊᕐᐸᑎᓴ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᑎᑕᐅᑲᑕᓇᐅ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᑎᒥᐊᓕᓈᓕᕐᑲᔪᖅ. ᐅᑐᖃᐅᑎᒥᔨᒥ ᐃᓅᓂᐊ ᐅᕙᓚᑎᑦᓯᓂᖕᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᖕᓂᖕᒍ ᐊᑐᕐᓂᓗ ᑕᐅᓂᖅ;
- ᐱᒍᔨᓂ ᑲᔪᓯᓂᑲᑎᓯᐊᓗᑦ; ᐃᐱᒥᓯᐊᓗᑦ ᐸᓐᓂᑕᐅᑲᑕᐅ ᒪᑯᓇᖕᒪᑕᐅᓕᕐᑲᔪ (ᐊᑑᑎ ᐅᕙᓚᑎᓯᓂᖅ, ᑲᒪᒍᓰ, ᒪᒥᓴᓃ ᐊᒻᒪᓗ ᑭᖕᒍᓂᖕᒪᒍ ᑲᐅᔨᒥᐊᑲᑕᓃ);
- ᓄᓇᓕᖕᒥᐅ ᐃᓚᐅᑎᓯᐊᓗᑦ; ᓄᓇᓕᖕᒥᐅ ᐱᓇᓱᐊᓇᐊᓕᖕᒥ ᕿᓚᒍᓯᐊᓗᑦ ᓇᓗᓂᕐᓯᒪᓯᐊᑎᓗᑦ ᑭᖕᒎᒪᓇᑐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᔨᒍᑕᐅᑎᒥᐊᓕᓂ;
- ᐃᐱᒍᓯᓗᑎ ᐱᓇᓱ ᑎᑖᑲᑕᒪᖕᒋᑕ ᓄᓇᓖ; ᐱᒥᐊᑎᓯᑲᑕᓗᑎ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᖕᓴᓂ ᓄᓇᓕᖕᒥᐅᓂ ᐱᓇᓱᐊᑕᒥᑎᒍ;
- ᐱᓇᓱᐊᓂ ᓯᓯᒥᓯᐊᓗᑦ ᐃᓄᐃ ᐃᓕᖕᒍᓯᖕᒥ ᐃᓄᖕᓈᓕᕐᓯᐊᓇᐊᑲᓂᖕᒥᖕᓄ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔪ.

ᑖᖕᒍᐊ ᑐᑭᓕᐊᕈᑎᑦᓴ, ᑐᑭᓕᐊᕈᑎᒥᒋᐊᓕᐅᑉ, ᐱᓕᓯᐊᑕᐅᑎᓂ ᐱᒍᓇᓯᒍᑎᒥᓂᐊᓗᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ

ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᕆᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᕐᑲᕐᓂᖅ

ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᕆᒃᑲᓂᕗᑦ ᐊᔪᑦᔭᑲᑦᑕᐅᓪᒪᕆᐅᓚᐅᕙᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖁᒧᒥ. ᐊᕐᖁᓘᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᕇᑦ 16-ᒍᓚᐅᕙᑦ, 7 ᐊᐅᓚᓪᓚᓂᑦᑐᐱᓖᑦ ᐊᒻᒪ ᒫᕐᔫᒃ ᐊᕐᖁᓕᒫᒥ ᐱᓇᓱᒐᕐᒥᓂᒃ ᓅᕐᑲᕐᒪᒋᓐᓇᓯᕙᐱᓃᒃ ᐊᑭᓕᖅᑐᑕᐅᒪᑎᒃ. ᖁᓕᐅᕐᕐᒥᒐᕐᑐᑦ ᐊᒥᐊᖁᓕᕐᓂᒪᑕ, ᒫᕐᔫᒃ ᑫᕙᖅᓚᒍᓯᕐᑲᕐᓯᑎᒃ ᐃᓗᐃᑦᑑᕐᒥᑦᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑐᐱᓐᓂᒃ ᐊᒻᒪ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᕐᒥᒐᕐᑐᑦ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑎᓪᓗᒥᑦ. ᐊᕐᖁᑦ ᐃᓗᐊᒍᑦ, ᐱᕐᒐᓯᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᕆᑖᓇᐊᓪᓚᓚᐅᕝᕕᒥᔪᑦ, ᒫᕐᔫᒃ ᐊᑕᔪᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᑎᓪᓗᒥᒃ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᕆᕐᑲᕐᓂᒧᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᑕᐅᒍᑎᕗᑦ

ᐃᒫᓗᐊᑐᓂᒃ $563,907.00 ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕈᑎᑦᓴᑖᔪᒪᓪᓚᐅᔭᕗᑦ ᐃᓕᒫᓇᕈᑎᑦᓴᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᓐᓄᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᐃᓚᖓᑦ, ᐃᒫᓗᐊᑐᑦ $395,527.00 ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᕐᓂᕈᓘᕐᓚᕐᑎᓗᒥᑦ ᐊᒻᒪ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᒥᐊᓪᓚᕈᑎᑦᓴᐅᑎᓗᒥᑦ ᐃᓕᒫᓇᖁᔨᓂᕐᒧᑦ ᐊᒻᒪ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᒥᐊᕐᑲᕐᓂᕐᒥᓂᓗᕐᓚᕐᑎᓗᒥᑦ ᐱᐊᕿᑦᓴᓕᑦ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᕐᒥᑦᑕ. ᖁᓕᓗ ᐊᑕᐅᓯᕐᓗᐱᓯᑎᒃ ᐊᐅᔭᒥ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᒃᑲᑦᑕᓚᐅᕝᕕᒥᔪᑦ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᓇᐅᒥᐅᕐᓴᑐᑦ ᐊᑭᒃᑎᓗᒍ $68,907.00-ᓂᒃ. ᐃᒫᓗᐊᑐᑦ $157,725.00 ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᐅᑎᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓴᕐᓯᐅᕈᑎᑦᓴᐅᑎᓗᒥᑦᓗ.

ᑕᕝᕙᓂᑦᓴᓇᐅᕐᕐᒥᑐᖅ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᖅ

ᐃᒫᓗᐊᑐᑦ $128,000.00 ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓛᓕᕐᓚᕐᓂᖁᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᒥᐅᕐᓴᑐᑦ ᐃᓕᕐᒥᓂᒃ ᐊᒻᒪ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᓇᐅᒥᐅᕐᓴᑐᓂᒃ. ᐱᔪᒪᕙᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕙᐊᓂᑦ ᓚᕕᓐᒥᑦ ᒪᑭᐊᓐᒥᓗ.

ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᕙᐊᒥᑦ ᒪᑭᐊᓐᒥᑦ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᔪᑎᒃ, ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐱᒍᓐᓇᐅᑎᑖᖃᔪᐊᕈᑎᑦᓴᕐᒥᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᓇᐅᒥᐅᕐᓴᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᓇᓂᑦ ᔫᓕᕐᓗᕙᓂᒃ ᐱᓇᔪᐊᑦᑭᒥᕙᑦ ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᔪᒪᔪᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᓇᐅᒥᐅᕐᓴᑐᑦ ᐱᓗᒃᑯᒥᐊᓕᓕᓇᔪᓄᑦ ᒪᓕᑦᑐᔪᒪᓕᑐᐊᓪᓚᑕ ᑕᖅᑭᓕᐊᕐᔪᒪᑦᔨᑎᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᖅᓯᐊᕐᓂᕈᓕᕐᓚᕙᖅ ᓄᑖᓂᒃ ᐱᓗᒃᑯᒥᐊᓕᓕᓇᔩᓂᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕈᓐᓇᓯᒍᒪᒧᑦ.

ᐃᓚᐅᕐᑲᑕᐅᓂᖅ ᒪᑭᐊᓐᑎᒧᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᕐᒧᑦ RUIS

ᐅᐱᕐᖓᖅ ᓕᐊᔪᑎᓗᒍ 2006-ᒥ, ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᕐᒥᑦ ᒪᑭᐊᓐᑎᒧᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓕᓇᔩ McGill RUIS ᓄᓇᐱᓕᐊᕐᓯᒪᓪᓚᐅᕙᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑭᕐᕐᔫᒪᓇᕐᑐᓂᒃ ᑐᑭᓯᑎᑕᐅᓪᓚᐅᕖᑦ. ᐱᔪᐊᕐᑐᖅ ᐱᓗᒃᑯᒥᐊᓕᓕᓇᓃᑦ ᑕᕐᖃᒥ ᐱᒍᑦᔨᒍᑕᐅᔾᔪᕐᕐᒥᓂᕐᒥᓂᒃ. ᑲᐅᔨᒪᓇᕐᓯᐊᓚᐅᕙᖅ ᑭᓪᓚᑐᑎᕐᒥᑦ RUIS ᓄᓇᕕᒻᒥ ᖃᓄᐃᓕᕐᓚᓕᕐᓇᕐᓂᕐᒪᓂᒃ ᖃᐅᔨᓯᐊᕿᓐᓇᓯᓚᐅᕝᕕᓪᓚᑕ.

ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ MUHC ᓄᐃᑕᐅᔪᕐᑲᓚᐅᕙᖅ ᐱᓇᓯᓚᕐᓴᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᔪᕐᑎᒪᓐᓂᒃ ᐊᑕᐅᓯᕐᔪᕐᑎᓯᕐᓴᒧᑦ ᐃᓄᓪᓚᕈᑦ ᐱᒍᓴᐅᕕᕐᒪᓂ. ᐅᓇ ᐱᓇᓱᑎ, ᐊᔪᕐᒥᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖃᓗᐊᕐᒥᓗᓂ, ᑲᔪᑎᕐᓯᕐᑲᑦᑖᕐᑐᖅ ᐱᓗᒃᑯᒥᐊᓕᓕᓇᒍᑎᑦᓴᑦ ᓄᓇᕕᒻᒧᑦ ᓄᑎᐅᕐᑲᕐᑕᐅᑎᓗᒥᑦ. ᐊᐅᓚᑲᑦᑕᕐᒥᓂᑦᓴᐅᕐᖁᑎᓯᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐊᒻᒪ ᓯᓂᑦᑕᐱᑦᓴᕐᖁᑎᓯᒥᑦ ᒪᓐᑐᔭᐊᒧᑦ ᐊᐅᓚᔨᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᑎᒃ. ᑕᕝᕚᓇᑦᓴᓇᑦᓗ, ᐅᑳᐱᒥᔭᐅᕐᑲᕐᑕᓕᕐᒥᔪᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᔪᐊᒥᑦ McGill RUIS ᐱᔪᒪᔪᑦ ᐊᔪᕐᑲᑎᒋᒍᑎᒥᒃ ᐱᔭᕇᓯᐊᕐᑲᑎᒥᑦᓯᒥᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓂᒃ ᐱᓇᓱᑲᑎᒃᑲᖃᔭᕐᑎᓗᒥᑦ.

ᑐᓴᐅᒪᖅᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᖅᓂᓕᕆᓂᖅ

ᐊᓪᐱᐊᓗᑕᒃᐸᒥᔭᖅ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒪᓯᐊᓂᖓ ᑲᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᐅᑉ. ᑲᔪᓯᔭᐅᓕᖁᓗᐊᓯᓂ. ᓄᓇᐱᐅᒥ. ᐅᖓᓯᒃ ᑐᓕᒍᓐᓇᓂᖓ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐃᓯᐃᓗᑕᐅᕙᓂᖓ ᐋᖅᑭᑕᐅᖁᑦᑎᕐᒥᒪᑦ ᑲᓄᐃᓐᓂᖃᓗᐊᓯᓂ ᐳᐱᓂᑐᒥ ᒦᔭᐊᒥᓗ. ᑲᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᓄᓇᐱᒻᒥᓗ ᐱᓇᓱᑎᓯ ᔫᑭᑕᐅᕙᒻᒥᒪᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᑯᑦ ᑎᓯᕐᓯᓂᑦ ᐊᕐᕿᓰᓐᓂᖁᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᒥᐊᓕᕐᓂᑦ. ᑭᖑᓕᐸᐅᑎᓗᒍ, ᒪᓐᑖᑎᑕᐅᒍᑎᐱᓂᖅ (ᑕᑯᑦᑕᐅᒍᑎᐱᓂᖅ) ᑎᑭᑎᑕᐅᔾᔪᑎᒥᑦ ᐅᑯᐊᑎᒍᑦ PACS ᑕᑯᒥᒃ ᐅᑲᐅᓯᐅᕙᓐᓂᕐᓇᒥᓯᑎᑦ.

ᓯᓚᕐᔪᐊᒥᐅᓕᒫᑦ ᖃᓂᒪᖁᔭᕐᐸᑕ

ᐸᓂᕿᑕᐅᓯᒪᓂᖓ ᓯᓚᔪᐊᒥᐅᓕᒫ ᑲᓂᒪᖁᔭᐸᑕ ᐱᒪᓱᐊᒪᓇᐅᑎᐅᒥᐊᑲᓚᐅᔪᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᕐᑯᒥᑕ ᐱᓇᓱᑎᒥᓄ. ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᑎᒍ ᑲᒪᖁᔭᐅᒥᐊᑲᑯ ᑎᒥᑯ ᑲᓄᐃᒥᓯᐊᓂᓕᕆᓂᖅ, ᓯᑕᒪᐅᔪ ᔫᓕᓚᔪᒥᑦ: ᐃᒥᓂᑦ-ᑲᒪ ᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒥᑦ ᑲᐅᕿᒪᐅᑎᔭ. ᐊᓇᖁᓯᒐᓇᑐᓂᑦ ᐱᒍᕐᓃ. Info-santé/Info-social, ᐅᐃᒪᓇ ᑐᓕᕆᓃ ᐋᓂᓯᒪᔪᖅ ᐋᓂᐊᐱᔫᑕᐅᓚᐅᑎᓇᒍ. ᐱᐱᔭᒃᑎᑕᐅᓂᒥᑦ ᐱᒍᕐᓃ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᑐ ᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᑲᒪᒍᓰ. ᑯᐱᕿᑖ ᑌᓕᒪᒍᑎᔭ, ᐋᓂᐊᐱᒥᐅᒥᑐᖅ ᑲᒪᐱᔭ ᐃᓄᒍᑦᑐᐃᓗ ᑎᒥᒥᓂᑦ ᔭᓂᕓᐱᔭ. ᒪᑐᕐᕿᐊᒥ ᐃᓂ ᔫᓯᔪᐱᓂᐅᐸ. ᑐᒃᑕᐱᑯ ᓄᓇᓂᑦ 08. 10. 17. ᐊᒻᒪᓗ 18 ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑯᕿᓯᒪᔪ ᐊᑐᐃᓐᓇᕿᑎᑲᑎᑲᓗᑎᑦ Chibougamau-ᒥᐅᓂᑦ. ᐱᒍᕐᐱ ᔭᐅᒪᔭᑎᓗᒍ ᓄᓇᒐ.

ᖃᓪᓗᓈᑦ ᓄᓇᖓᓐᓂ ᐊᐅᓪᓚᒃᑕᓂᐅᓰᑦ

ᑭᑎᑕᐅᓯᒪᐅᑎᑎᒍ ᓄᓇᐱᒥᐅ ᐋᓐᓂᐊᐱᓕᐊᓯᒪᔪᓕᕆᐸᓪᓕᓂ ᑲᐅᕿᓚᐅᔪᔾᔪ ᐅᓯᒥᐊᓯᒪᓕᓂᒥᓂ ᐊᐅᓚᒃᑕᓰ ᑕᑯᒥ ᐱᓯᑎᑦ. ᐅᓄᕐᓯᐸ ᓕᐊᓂᒥ ᑲᐅᕿᔅ ᓯᐊᕿᑕᐅᒥᐊᑲ ᓯᒪᔪ ᐱᒍᕐᓂᓂᑦ. ᐋᓂᐊᐱᓕᐊᑐᐱᓃ 2003-2004-ᒥ 1,921-ᐱᓂᐅᓯᑎᑦ 2006-2007-ᒥ 2,322-ᒍᓕᓂᒥᔭ. ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᓂᖓ 21%-ᒧᓯᓂ ᐊᖁᒍᐃ ᐱᓯᒪᓯ ᐃᓗᐊᒍ. 2000-2001-ᒥ, 1,444-ᑐᐃᓐᓇᐱᓂᐅᓯᑎᑦ. ᑌᑰᓐᓇᔭᓇᓗ, ᒪᓕᑎᑲᓯᑎᑦ ᐋᓂᐊᐱᓕᐊᑲᑐᐱᓃ ᒥᔭᐅᔮᑕᐅᓯᑎᑦ 1.8-ᒦ ᑐᐱᓂᐅᓯᑎᑦ 1.6-ᒨᓯᒪᓕᑐᐱᓃ. ᑌᓯᒪᓂᒥᐊᖅ ᐊᑕᐅᓯᒥᑦ ᒪᓕᑎᑲᑲᑐᐱᓂᐅᓯᑎᑦ ᒪᕿᓂᔫᓃ. ᐃᓚᒐᒍᐊᓛ ᐱᒐᓯᓂᑦ.

ᑖᑯᐊ ᑭᑎᑕᐅᓯᒪᐅᑏ ᑲᐅᕿᒪᐅᑎᓯᐊᒍᓕᑐ ᐃᓄᒥᐊᓯᐸ ᓕᐊᓂᒥᑦ. ᐋᓂᐊᑖᓯᒍᓕᑎᓗᒥᓗ ᐊᑯᓃᑐᒥᑦ ᐋᓂᐊᓇᔭᐅᓰᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᕿᑕᐅᐃᓇᑎᓗᒥ ᑲᒪᒥᔭᐅᒍᓰ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᑯᒥ ᐱᒍᕐᕿᒍᑕᐅᒥᐊᓖ ᑲᔪᓯᔭᐅ ᓯᐊᒥᓂᒥᓂ. ᐋᓂᐊᓯᐅ ᑎᒪᓇᓂᑦ ᐱᓇᓯᑎᔭᓃᒍ ᐃᓇᒥᑎᒥᓂᑦ ᐱᓇᓯᑎᑲᓇᐊᑲᐸᑲᑕ ᑭᒍᓂᒪᒍ ᑲᓄᐃᓕᒪᔭᑲᓕᒪᓖ ᑲᐅᕿᒥᐊᑲᑕᐅᒍᓇᓰᒍᒥᑐᓂ. ᑕᒪᓇ ᐋᕿᑕᐅᒍᓇᓂᐊᒥᑐᖅ ᐊᑕᔪᒥᑦ ᐱᓇᓯᐊᕿᓇᑐᓂᑦ ᐋᓂᐊᓯᐅ ᑎᒪᓇ ᑖᒥᓂᓕᒫ ᑎᓂ ᐊᖁᒍᓂ ᑫᔭᓂ.

ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ

ᐃᓪᓗᕐᑲᕐᓂᖅ ᑲᒪᔩᑕᓕᒻᒥᒃ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᔪᓐᓇᓯᒥᐅᕐᓴᕕᒻᒥᒃ

ᑲᑦᔮᕐᓇᔭᐅᑦᓯᓂ ᐅᕐᒪᕆᒥᐅᑦ ᐋᓂᐊᕕᕐᒪᓄᑦ ᑐᓪᓚᕐᑕᕕᒻᒧᑦ, ᑲᑎᕕᒃᑯᑦ ᐃᓪᓗᓂᕐᓈᒃᑯᕐᒥᓄᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᒃᑯᕐᒥᓐᓄᑦ, ᓯᑕᒪᐅᔪᑦᑐᓂᒃ ᓯᓂᕐᕕᓕᒃ ᓴᓇᔭᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᓇᕐᖁᓴᐅᓂᐊᕐᑎᓗᒍ ᓇᐅᑐᐃᓐᓇᓄᑦ ᐃᓱᒪᒥᒃ ᐃᓯᕐᓈᓯᐊᕐᕐᒥᑐᓄᑦ.

ᐸᓇᓯᑦᑏᑦ ᑲᒪᔩᑕᓕᒻᒥ ᐊᓇᕐᖁᐅᔭᒥ ᐃᒻᒥᓂᕐᑭᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᕐᑲᑦᑕᓛᕐᑯᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᕐᑲᑦᑕᓗᑎᓪᓗ. ᐃᓕᓴᖑᑎᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓂᐊᕐᓗᑎᒃ ᐃᓅᓯᕐᔫᓕᕐᒪᔪᓂᒃ. ᐃᑦᔭᕿᑦᓴᓯᐊᖑᕐᑲᑦᑕᓂᐊᕐᓗᑎᓗ. ᐃᓅᓯᒃᑯᓗ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓗᑎᒃ ᑌᑲᓃᑦᑐᓂᓗ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐸᓇᓯᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔫᓐᓇᓂᐊᕐᓗᑎᒃ.

ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᕐᑲᕐᓂᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅ ᐱᓪᓗᒍ

ᐋᓐᓂᐊᕕᕐᒪᓂᑦ Douglas Hospital ᐱᓯᒪᔪᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᑲᓚᐅᔪᖅ ᐸᓇᓯᑦᑎᕐᒥᓐᓂᒃ ᐊᓇᕐᖁᓗᑦ (ᐃᓄᒃᔪᐊᒦᑦᑑᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᐸᓇᓯᑦᑎᕐᒥᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᑐᕐᑲᐅᑦ (ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ). ᐱᒥᐅᕐᓴᓃᑦ ᐱᔪᓐᓇᐅᑎᕐᑲᕐᕐᒥᑐᓃᓕᕐᓚᐅᔫᑦ (ᐃᑦᐱᔪᓯᑦᑏᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᕐᑏᑦ) ᐸᓇᓯᔪᑦᔩᔩᑦ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᑎᒍᑦ ᐱᔪᑦᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᔪᑕᐅᔪᓐᓇᓯᑦᑯᔭᐅᓚᐅᔫᖅ ᐸᓇᓯᓪᓗᒍ ᐱᒥᐅᕐᓴᓗᒍᓗ ᐸᓇᓯᐊᕐᓂᕐᒪᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐸᓇᓯᑦᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᒥᐊᕈᑎᑦᓴᐅᓯᓂ. ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᐅᓚᐅᕐᑐᖅ 2007-ᒥ ᐸᕐᓂᕈᑦᔨᔪᑕᐅᓯᒪᓕᒻᒥᔪᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᔪᓐᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᐅᓯᕐᒥᔪᑦ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ, ᐸᓇᓯᑲᑎᒋᔪᓐᓇᓂᕐᒥᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐄᑦᑲᓕᓕᕆᓂᕐᒥᒃ.

ᐃᓅᓐᓂᓕᕐᒪᔪᖅ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕈᑎᑦᓴᑦ ᐸᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓂᕐᒪ – "ᐊᓕᐊᓂᑦ"

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐊᔨᕐᒥᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕐᒥᑦ ᑲᓇᑕᓖᒥ ᐸᓇᓯᑲᑎᑲᔩᔪᒐᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓈᒃᑯᓂ ᑲᓇᑕᒥ ᓄᐃᑦᓯᑲᑎᒌᔪᒪᑦᓯᑎᒃ ᐃᓅᓐᓂᓕᕐᒪᔪᒥᒃ ᑲᓇᑕᒥ ᐋᕐᕿᓯᓯᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓅᓐᓂᓕᕐᒪᔪᓂᒃ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᑲᓄᐃᕐᕐᒥᓯᐊᕐᓂᔫᓕᕐᒪᔪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᕗᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇ ᐃᓚᒥᔭᐅᓚᕐᒪᔪᖅ ᐊᕿᒍᓄᑦ ᑰᓕᕐᓅᓕᕐᒪᔪᓄᑦ ᐋᕐᕿᓯᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓂᕈᑦᔨᔪᑕᐅᓂᕐᒥᓄᑦ ᑲᐸᒪᒃᑯᑦ ᑲᕐᒦᓯᑎᒥᐊᕈᒪᑦᓯᒥ ᐃᓅᓐᓂᓕᕐᒪᔪᓂᒃ ᐸᓇᓯᔪᓯᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᕗᒻᒧᑎᑦᓯᒥᐊᕈᒪᑦᓯᑎᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓪᓚᑦ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᑲᓄᐃᕐᕐᒥᓯᐊᕈᑎᑦᓴᕐᒥᑕ ᐸᓇᓯᑦᑕᐅᓂᕐᒥᓂᒃ.

ᕿᓇᐅᔭᒃᑎᑕᐅᒪᓂᑦᒧᑦ ᑲᔪᓯᑦᓯᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᐸᓇᓯᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ, ᐊᓪᓚᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᑲᓄᐃᕐᕐᒥᓯᐊᕐᓂᒧᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᕐᕐᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕐᓈᑎᒍᑦ ᐃᓐᖃᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑎᓂᒃ ᑲᑎᒪᕕᒻᒧᑦ ᐊᐅᓪᓚᑎᑦᓯᓛᕐᑯᑦ ᐅᑭᐊᑦᓴᐅᓕᕐᐸᑦ 2007-ᒥ.

ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓂᕐᒪ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒨᓕᕐᒪᔪᑦ

ᖃᐅᔨᓴᓂᖅ ᐱᒥᐊᕐᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᓪᓚᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓯᑕᒪᓄᑦ ᐊᕐᖁᓅᓕᕐᒪᔪᖅ. ᖃᐅᔨᓴᕐᑏᑦ ᑯᕓᒥ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᑎᒥᑯᑎᕐᒪ ᕿᒥᕐᕈᓇᐊᓯᓚᐅᕐᓯᒪᔪᖅ ᖃᓄᕐᓗᐊᑎᒥᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓪᓚᕐᒫᑕ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᔪᑦᔩᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᕐᒥᑦ. ᑐᕌᒐᐅᔪᑦ ᑐᕌᒐᐅᔪᓄᓗ ᑎᑭᐅᑎᒪᓯᐊᕈᑎᑦᓴᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒥ ᓇᓗᓐᓂᓯᔪᒪᓂᖅ ᓯᓐᓂᑦ ᑲᒪᑦᓯᐊᕈᑎᑦᓯᐊᔪᓂᑦᐸᐅᒪᓪᓚᑦ ᐱᔪᑦᔨᓯᐊᕈᒪᓂᕐᒧᑦ ᐃᓱᒪᒥᓂᒃ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᔪᑎᑦᑲᓇᐊᓕᕐᓂᒃ.

ᖃᐅᔨᓴᓃᑦ ᐊᓪᓚᑦᑯᑎᓕᐅᑦᑲᑦᑖᕐᑐᑦ ᐊᑐᓃᑦ ᐱᐅᓯᓇᑲᑦᑕᓯᒪᔭᕐᒥᓂᒃ ᐃᓱᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᑎᒍᑦ ᐱᔪᑦᔭᐅᑲᑦᑕᓯᒪᔪᑦ. ᑌᒪ ᑐᑭᓕᐊᕈᑎᑦᓴᐅᓂᐊᓕᕐᒪᑕ ᐸᓇᓯᐊᑦᑕᐅᔪᑦᓴᓕᐊᓇᓛᑦᑕᕐᒥᓄᑦ ᑯᕓᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᑲᑦᑕᕕᑯᕐᒥᑦ 2005-2010 –ᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᐃᓅᓐᓂᓕᕐᒪᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᑕᐅᓛᕐᓯᓕ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥᓗ ᐸᓇᓯᑲᑎᒌᑦᑐᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕐᓂᑯᑦ ᐱᔪᑦᔨᓂᕐᓂᒃ ᐃᓱᒪᒥᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ.

ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓯᑦ

Living Works-ᑯᑦ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅᑕᑕ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ

ᐅᑐᖅᑕᐅᓂ ᑲᓚᐅᔪᖅ ᐱᕗᐊᓇᒥ ᒫᑦᓯᒥᒧ 2007-ᒥ ᒪᑭᐱᓯᓂ ᐅᖅᑯᓂᒃ ᑕᓕᒪᑐᖅᑲᑦᑕᓯᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑲᑎᓯᑲᑕᓯᑎᒃ (ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᓂᐅᕙᑭᔪᓂᒃ ᑲᒪᕆᐅᖅᓴᑎᑦᑕᐅᓂᖅ) ᐃᓄᒃᑎᑑᑦᑐᓄ ᐃᓕᓴᑦᑕᐅᓯᑎᒃ. ᓯᑕᒪ ᑲᒪᕆᐊᖅᑲᑎᐅᓰ ᐱᕆᐅᖅᓴᓇᐊᕐᑐᓯᒪᑲᑦᑕᓚᐅᔪᖅ "Living Works-ᑯᑎᒎ ᐱᕆᐅᖅᓴᓂᒎ ᐱᕆᐅᖅᓴᑎ ᓯᔪᓯ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑲᑎᑦᑕᐅᓯᑎᒃ" ᑮᓇᐅᔭᑎᒎ ᐃᑲᔪᓯᕙᐅᓯᒪᓯᑎᒃ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓂᓕᓇᖁᓄ; ᑌᒪ, ᐱᕆᐅᖅᓴᑎᑦᑕᐅᔭᐱᓃ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑲᑎᓯᓂᐊᓕᒥᑕ 50 ᐅᖅᑲᑖᓄᑐᓂᒃ ᑯᓕᒎ ᓯᑕᒪᒎ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐅᐱᕐᖒ ᐃᒎᑯᑎᖅᒥᑦᑕ ᐊᑦᑐᓯᑰ ᑎᓯᕆᖅᒥᖕᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎ ᓯᕆᖅᒥᖕᓂᒎ ᑯᓕᒎ ᓯᑕᒪᒎ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐅᐱᕐᖒ ᐃᒎᑯᑎᖅᒥᖕᓂ (ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᐱᕐᖒ ᐃᒎᑯᑎᖅᒥᑦᑕ ᑲᑐᕆᑲᑎᒦᖕᓂᖓ).

Living Works ASIST -ᑯᑎᒎ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑲᑎᓯᓂᖅᒪᒎ ᐃᓕᓭᑦᑕᐅᓰᒍᑦ ᑲᒪᕇ ᐊᕆᒦᖅᖅᒥᑐᓂᒃ. ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐃᓄᐃ ᐃᓕᑯᓯᖅᒥᑎᒎ ᒪᒥᓴᑎᓯᕆᓂᒎ. ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᐅᒥᑯᓯᒥ "ᐅᐃᒪᓇᖅᓯᔪᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓇᓂᒎᑦ" ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᓂᐅᕙᑐᑲᑐᐊᐸᑦ.

ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓯᑦ ᐋᖅᑭᓱᕐᓯᒪᐅᑎᑦᓴᖅᒥᑦᑕ ᐸᕐᓇᕈᑦᑎᒍᑕᐅᓂᖅᒥᑦ 2005-2010-ᒧᓕᖅᑲᐅᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ

ᑐᑭᐊᒎ ᑎᓗᒥ ᑲᓇᑕᒥ ᓄᓇᓕᑐᕋ ᐅᐱᒃᑲᖅᒥᑦᑕ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴᖅᒥᑦᑕ ᐋᖅᑭᓱᕐᓯᒪᐅᑎᓴᖅᒥᑎᒎ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒎᕆᓂᖅᓄ ᑲᑎᒪᔩ, ᑲᑐᕆᑲᑎᑲᓯᑎᒃ ᐊᓂᐊᐲᓂᒃ. ᐋᖅᑭᓱᕐᓯᒪᐅᑎᓴᓂᒃ ᐸᕐᓇᕈᑦᕆᒎᑎ ᑲᓚᐅᔪᖅ ᑐᓂᔭᐅᓚᐅᔪᓂᒃ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓂᓕᓇᖁᓄ. ᑮᓇᐅᔭ $167,390.00 2006-07 ᑮᓇᐅᔭ ᑐᓂᖅᑲᓄᓕᖅᑲᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ. ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᓴ ᐅᐱᒃᑲᓅᓕᖅᑲᐅᓴᐅᑎᖅᒧᒥ ᐅᑭᐅᓕᖅᒍᓄ 10-ᓂ 30-ᒧ ᓄᓇᓕᖕᒥ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᑲᑦᑎᖅᒧᒥ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴ.

ᑮᓇᐅᔭᒃᑲ ᑎᑦᑕᐅᓂᐳ ᑲᔪᓯᑎᑦᑐ ᓯᐊᕐᑯᓯᒍ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑲᑎᒦᒍᑎ ᓴᓂ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴᓂ ᑲᑎᒪᔩ ᐱᕆᐊᖅᑎᑦᑕᐅᓯᒪᔪᖅ. ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᒪᔩ ᐱᓯᒪᑎᒧᒥ ᐃᓄᐃ ᑎᒥᖁᑎᖅᒥᖕᓂ, ᐋᓂᐊᐲᓂ, ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒎᕆᓂᖅᓄ ᑲᑎᒪᔩᖁᖅᒥᖕᓂ ᐊᖅᒥᑲᑎᒦᒍᑎᑲᖁᓯᐊᓯᑎᒧ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴ ᐋᖅᑭᓱᕐᓯᒪᐅᑎᓴᖅᒥᖕᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓚᒋᐊᑦᑕᐅᒍᑎᓴᖅᒥᖕᓂ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᓕᖓᑐ. ᐱᐅᓰᒋᐊᕿᒪᓯᑎ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓕᖓᓂᖕᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᒍᓇᓂᖕᓂ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᓂᐅᕙᑭᔪᓂᒃ.

ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒍᒪᔪᓯᑎᒃ ᑐᓯᕋᐅᑎᐅᓯᒪᔪᖅ:

- ᐱᕆᐅᖅᓴᑎᑦᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᑲᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓂᓕᓇᖁ;
- ᐅᑐᕋᑦᑕᐅᓂᖓ ᐃᓄᐃ ᐃᓕᑯᓯᖅᒪᑎᒎ ᐃᑲᔪᑎᐅᒎᓇᓂᐅ;
- ᒪᑭᑕ ᓯᐊᑐᓂᒃ ᐃᓕᓭᐱᒃᑲᓂᖅ;
- Gatekeeper program;
- ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᕕᓴᓄ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᒍᒪᔪᒍᖅᒥᑐᓂᒃ ᐱᒎᕆᓂ -ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᓂ ᒧᓕᖅᑲᐅᖅ;
- ᒪᒥᓴᓇᐊᑎᑦᑕᐅᓯᒪᓂᖓ ᐃᓚᒦ.

ᑯᐯᒥ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᓂᖅᒧᓕᖅᑲᐅᑦ

ᑯᐯᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒎᕆᓂᖅᓄ ᑲᑎᒪᔩ ᐱᓇᓱᐊᑲᑦᑕᐅᔪᒪᒥᒃ ᐃᓯᒪᑯ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᑦᑕᐅᓯᓕ ᑐᐃᓯᒪᓕᓯᑎᒃ ᑲᔪᓯᑎ ᓯᒍᑎᓴᒥᓂ ᑯᐯᒥ ᐋᖅᑭᓱᕐᓯᒪᐅᑎᓴ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖅᑕᑕ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴ. ᐃᓅᓯᑯ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᒍᑎᓴ: ᑯᐯᒥ ᐋᖅᑭᓱᕐᓯᒪᐅᑎᓴ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖅᑕᑕ ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓴ.

ᐃᓚᒦᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᑦᑕᐅᓂᖅ

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑕ ᑐᖁᒻᒥᖕᓄᑦ ᐃᓚᒥᔭᐅᒥᔫᖅ ᐃᓚᒦᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅᑲᕈᓐᓄᑎᑦᓯᒪᓱᐊᕐᓂᖅ. ᐱᓇᓱᐊᕐᓯᑎᒃ ᑎᒥᖑᑎᐅᔪᓂᒃ ᑫᓪᓚᑐᐃᓂᕐᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑎᑦᓴᖅᑎᓯᑦᓯᐊᓰᒍᑦᓯᑎᒃ. ᒪᓕᑦᓯᑎᒃ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᑲᑦᕕᑯᕐᒥᑦᑕ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᕐᑯᔭᕐᒥᓂᒃ.

ᑕᐃᑲᓂ ᐊᖅᑯᒥ, ᐱᓇᓯᑦᑎᑖᖅᑲᒥᓚᐅᕐᑯᒍᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᐱᓇᓱᐊᖃᔭᕐᑐᒥᒃ. ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖓᑎᑦᓯᒥᐊᖃᔭᕐᑐᒥᒃ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᒥᑫᑦᑕᑎᕐᓂᒃ. ᐱᓇᓯᒃᑲᑎᒃᑲᓇᐊᖅᑲᓯᓂ ᓄᓇᓖᒥ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᐊᐅᓚᓯᓯᒥᒃ.

ᐊᕐᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᖓ

ᑕᐃᑲᓂ ᐊᖅᑯᒥ ᐊᐅᓚᔾᔭᓇᓗᐊᕐᑑᓂᒃ ᒪᕐᕉᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᖅᑲᓚᐅᔪᔭᕐᒃ:

- ᓅᑖᒥᒃ ᑐᑭᓗᐊᖅᑎᓯᓯᒥᒃ ᐱᓇᓯᑎᑖᓚᐅᔫᖅ ᑐᓐᖓᕕᒃ ᐊᕐᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᖓ ᑰᔪᐊᖅᐱᓕᒥ. ᐱᓇᓯᕕᒥᓂ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᕐᑲᕐᓯᓂ. ᐅᒪ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᒌᕐᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒍ ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᕐᑐᑐᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓕᓚᐅᔪᖅ. ᐅᒃᑯᐃᑕᐅᓂᕐᑲᓚᐅᔫᖅ ᔪᓓ 27-ᒥ. ᐅᒃᑯᐃᑕᐅᒥᐊᕐᓚᑎᓪᓗᒍ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒥᔭᐅᕐᑲᑦᑕᓂᐊᓕᓚᐅᔪᑦ ᑲᕙᒫᐱᒃᑯᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᕐᒥᑦ. ᐃᓅᓕᓇᖏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐳᓖᓯᒃᑯᕐᒥᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓐᓄᑦ ᑯᖏᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂ.
- ᐃᓂᑦᓯᐊᖅ ᐊᕐᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᖓ ᓴᓇᔭᐅᓚᐅᔪᒪᕐᒥᔪᖅ ᑲᑐᑦᔨᒃᑲᑎᒥᔭᐅᑦᓯᐊᑎᓐᓄᒥᑦ ᑲᑎᕕᒃᑯᑦ ᐃᓐᓄᓯᓇᖏᑦᔪᐊᑯᕐᒥᑦ, ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓐᓄᓯᓇᖏᐊᐱᑎᒍᑦ – ᑲᑎᕕᒃᑯᓂᒃ ᑲᑐᑦᔨᒃᑲᑎᒃᑲᓯᑎᒃ. ᓴᓇᔭᐅᒦᓚᐅᔪᖅ ᐅᑭᐊᓵᐅᑎᓐᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᒃᑯᐃᑕᐅᓂᕐᑲᓯᓂ ᒫᑦᓯᒥ.

ᑐᑭᓗᐊᖅᑎᓯᓯᐅᔫᒃ ᐊᕐᓄᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᕕᖕᒥᓂ ᑰᔪᐊᖅᐱᓕᒥ ᑰᔪᐊᒥᓐᓗ ᐱᒥᐅᕐᓴᑐᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᒥᐅᕐᓴᓂᕐᒥᒃ ᐃᓚᒥᔭᐅᓂᒥᔫᒃ. ᑰᔪᐊᒥ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᕐᑎᓐᓄᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓖᕐᒥᔪᑦ

ᐱᓇᓯᒃᑲᑎᒌᒍᑎᓖᑦ ᐁᑉᐸᓈᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᕐᒥᓅᓕᕐᓚᔪᓂᒃ

ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᒃᓚᑕ ᒪᓕᑦᑕᐅᔪᑦᓴᓕᐊᓇᓯᒪᔭᕐᒥᓂᒃ ᐁᑉᐸᓈᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᑦᐅᓕᒪᒍᑎᑦᓴᓂᒃ. ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᑦ ᐊᑕᐅᓯᑯᑎᑦᓯᐅᑖᕐᑯᑦ ᓄᓇᕕᒥ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᐃᒪᕐᑲᕐᑎᐅᓂᑦᑐᒍᑦ ᓄᓇᕕᒥ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᓇᓗᓐᓂᑦᓯᕋᐅᓚᔭᕐᓗᑎᒃ. ᐱᓇᓯᐊᒃᑲᐅᓗᑎᒃ ᐱᒥᐊᑎᑕᐅᑲᑦᑕᓯᒪᔪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᕙᒪᒃᑯᑎᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᓂᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᐃᓚᕐᒥᓂᒃ.

ᑲᑎᒪᔨᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᖁᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᑦᑕᐅᓂᖅ ᐱᓗᒍ

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥᑦ ᑲᑎᒪᔨᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᐸᕐᓄᑦᓴᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ ᓄᓕᐊᕐᓂᖁᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᑦᑕᐅᕙᓕᕐᒪᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᓕᖕᓂ. ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓖᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᒃᑲᖃᔪᑦ ᓄᓇᕕᒥ ᐱᓇᓯᒃᑲᑎᒌᔭᑦ ᐃᓚᒥᓗᒥᑦ, ᐃᓚᐅᒪᒥᑎᓗᒥ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐳᓖᓯᒃᑯᕐᒥᑦ, CAVAC, ᐋᓂᐊᕖᑦ, ᐋᓂᐊᐱᐊᐲᓗ, ᐃᓯᒫᓗᒥᔭᒃᑲᓯᐊᓗᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᓇᕐᔫᒥᓂᒃ ᐱᓇᓯᒃᑲᑎᒌᒥᑦ. ᐊᓗᓄᕐᓯᒃᑕᓗᑎᓗ ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᒃᑕᕐᒥᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᓕᑦᓴᓕᐅᒃᑲᑏᓗᑎᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓂᒃ.

ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐅᒃᑲᑎᒃᐸᓯᑎᒃ ᐋᓂᐊᕖᑦ ᐱᓇᓯᑎᕐᒥᓂᒃ ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᓯᓇᒥᑦᓯᐊᑐᒥᒃ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᒃᑯᓯᒥᑦ, ᒃᑲᓗᓈᑦ ᓄᓇᕐᓚᓂ ᐅᑭᑦᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᒃᑮᒍᒪᑕᓕ. ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᓖᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᕕᓐᓄᑦ ᐁᑎᑕᐅᒃᑕᑎᓗᒥᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᓂᐊᓗᑎᒃ ᐊᑦᓯᒦᕐᕐᒥᑐᓄᑦ ᐱᓇᓯᑎᐅᔪᓄᑦ (ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᓄᑦ, ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓇᓄᑦ, ᐃᓅᓕᓇᓯᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓯᒪᓕᓇᓯᓄᑦ) ᒪᓕᑦᑕᐅᒥᐊᓕᑎᒍᓗ ᐱᒍᑦᔭᐅᓗᑎᒃ ᐲᓯᒥᔭᐅᑦᓯᐊᓇᐊᒃᑲᒪᑕ ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᓖᑦ.

ᓄᓇᕕᒥ ᑲᑎᒪᓂᐅᔪᐊᖅ ᐃᓚᒦᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᕐᒧᓕᕐᒪᔪᖅ

ᓄᓇᕕᒥ ᑲᑎᒪᓂᐅᔪᐊᒃᑳᑐᖅ ᑰᔪᐊᒥ ᓄᓇᕕᒥ ᐃᓅᓕᓇᖏᑦ ᓄᓇᓕᖕᓂᓗ ᑭᒪᑐᕐᑏᑦ ᐅᒃᑲᑎᒌᒍᑎᒃᑳᑎᓗᒥᑦ ᑲᒪᒍᓯᓂᒃ. ᐊᑑᑎᐅᓕᒪᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᒥᐊᑎᓯᒍᑎᑦᓴᓂᓗ ᐃᓚᒦᑎᒍᓗ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅᑲᕈᓐᓄᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᐃᑦᓯᒍᒪᑦᓯᑎᒃ.

ᐃᒻᒥᓂᖅᑭᖅᑲᖅᓯᒪᔪᑦ

ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓯᑕᐅᓂᖓ ᒪᕐᕆᐃᓕᕐᑭᒪᓂᑕᐅᕗᖅ: ᑲᕙᒪᑐᒃᑲᒃᑯᑎᒍᑦ ᓄᓇᓕᑐᒃᑲᓅᓕᕐᒪᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᓅᓕᕐᒪᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᒪᔨᓅᓕᕐᒪᔪᑦ ᐱᓇᓯᑕᐅᓂᕐᒥ (ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᓪᓕᕆᔨᓂᓕᓐᓂᑎᒍᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᑕᐅᕙ ᑯᐯᒃᑯᑎᒍᑦ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐᓂᒃ-ᑲᒪᓂᖅᒧᑦ ᒪᓕᒡ (ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᕈᓂᖓ ᑐᒃᑕᐱᑯᕐᒥ).

ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᓪᓕᕆᔨᓂᓕᓐᓇᖅ ᕿᓇᐅᔭᒃᑎᓯᔾᔪᑦ ᑯᓕᐅᓪᓕᒪᑐᓂᒃ ᐱᓇᓯᒪᓂᒃ – ᐊᑕᐅᓯᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᕆᒃ ᐊᐱᑐᓯᒪᓂᒪᓂ ᓄᓇᐅᑦ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐᓂᒃ-ᑲᒪᓂᖅᒧᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᑯᑎᓯᕆ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓯᒫᔪᑐ ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓂ-ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᓯ ᐃᓕᖅᒥ ᐱᓄᑯᒥᐊᓕᓇᒍᑎᓯᓗ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐᓂᒃ ᑲᒪᔫᓐᓇ.

ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᕈᓂᖓ ᑐᒃᑕᐱᑯᕐᒥ ᐃᑲᔪᓯᒪᑲᑕᐅᔾᔪᕗᑦ ᕿᓇᐅᔭᑐᕆᑎᓴᒃᑎᓯᓂᒃ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐ ᐱᒍᔭᐅᓂᕐᒥᓂᒃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓯᑕᒪᐅᔪᑐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓯᑎᑖᕆᑎ ᓴᐅᓂᐊᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᒥ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐᓕᓇᓂ ᒧ ᐱᓇᓯᑎᓴᓂᒃ. ᑯᐯᒃ ᒪᓕᒪᕐᒥᑎᒍᑦ ᐊᕌᒥᖅᖅᒥᑐᓂᒃ ᐱᓇᓯᒪᓖ ᐱᓇᓯᑲᑎᒥᖅᑯᔭᐅᓯᒪᔫᔪᕗᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᑕᐅᑯᕌᔫᓯᑎᑦ ᑲᐅᕌᓴᐅᑎᓴᓂᒃ ᐊᒥᓯᓂᒃ ᐱᒍᔭᐅᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᑲᓄᒍᐊᑎᒥᒃ ᐃᒻᒥᓂᑭᖅᑲᖅᓯᒪᓂᒃ ᑲᒪᒃᑲᑦ. ᑲᐅᕌᓴᐅᑎᐅᕙ ᑐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐᓂᒃ ᑲᒪᕌᓄᑦ.

ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᕈᓂᖓ ᑐᒃᑕᐱᑯᕐᒥ ᐃᑲᔪᓯᒪᔫᔪᕗᑦ ᕿᓇᐅᔭᑲᑎᓯᓂᒃ ᐃᓄᑐᒐ ᐃᒻᒥᓂᖅᑭᖅᑲᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓇᖅᓴᖅᑖᕆᑎᓴᖅᒥᓂ ᐃᒥᖅᑯᐅᑎ ᓴᑖᕆᑎ ᓴᖅᒥᓂᓗ.

ᑲᓇᑕᒥ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᔪᖅ : ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᖓ ᑲᒪᔫᑦ

ᓄᓇᐱ ᓄᓇᓕᓕᒫ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᕈᓂᓗ ᑲᑎᒪᔫᖅᒥ ᒪᕐᕈᓂᒃ ᑲᑎᒪᔪᓕᐊᑎᓯᓚᐅᔪᖅ ᐅᑭᐅᑕᑯᒥᐅᓕᒫ ᑲᑎᒪᓂ ᔪᐊᑲ ᑎᓗᒥ ᑲᓄᐃᓪᓕᕆᔨᓂᒎᓕᕐᒪᔪᓂ ᑲᑎᒪᐅᑎ ᑲᓯᑎ Novosibirsk, Russia-ᒥ, ᔪᓂ 2006-ᒥ. ᑲᐅᕌᓴᐅᑎᐱᓃ ᑲᔪᓯᔪᒥ ᑲᒪᔪᓯᐅᒥᐊᓕᕐᒥ ᓄᓇᐱᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᖅᒪᓯᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᑐᕐᑭ ᐊᓗ ᓄᓇᓕᕐᒥᓂ ᑲᓇᑕᒦ ᑐᓴᖅᑎᓯᔾᔪᑎᐅᓚᐅᔪᖅ ᓯᓚ ᔪᐊᒥᐅᓕᓂ ᐱᓯᒪᔪᓄ ᐅᑭᐅᑕᑯᒥᐅᓄ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᐅᒥᐊᒥ ᐊᓕᐊᒥᐅᓚᐅᔪᓯᑎ.

ᓄᓇᐱ ᓄᓇᓕᓕᒫ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᕈᓂᓗ ᑲᑎᒪᔫᖅᒥ ᑲᑐᕐᑲᑎᒃᑲᓯᑎ ᐃᓄᐃ ᑕᐱᓈᕐᑯᓂ ᑲᓇᑕᒥ ᐱᓇᓯᐊᒃᑲᑕᐅᒃᑕᓚᐅᔪᖅ ᐊᕌᒥᖅᖅᒥᑐᓄ ᑲᑎᒪᕌᐅᔪᓄ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᒪᔫ ᑲᔪᓯᐅᓂᕐᒥ ᐱᓗᒥ ᐃᓄᓅᓕᕐᒪᑯᕌᒍ ᐱᒍᔭᐅᓂᕐᒥᓂᒃ. ᐊᒥᓯᓂ ᑲᐅᕌᓴᐅᑎᐅᔪᐱᓂᓂᒃ, ᐊᓚᑯᑎᓂᓗ ᑐᓯᖃᐅᑎᓂᓗ ᑲᕙᒪᑐᒃᑯᑦ ᒪᓂᕌᐱᐅᑲᑖᑐ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓄᓇᓕᑐᕐᑭ ᕿᓇᐅᔭᑐᕆᑎᓵᑎᑕᐅᑯᓗᒥ ᑲᒪᔫ ᑲᔪᓯᐅᒍᑎᓴᖅᒥᓂᒃ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓ: ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐᓂᒃ-ᑲᒪᓂᖅᒧᑦ ᐱᒍᑦᕈᓂᑦ

ᑕᓕᒃ ᐊᖁᑎ ᐋᓯᒪᓕᓇᕗᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᓪᓕᕆᔨᓂᓕᓐᓂᑎᒍᑦ ᐊᓪᓗᓗ ᐃᓄᐃᓗ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᒥᔭᐅᒥᐊᓖ ᐱᓇᓯᑕᐅᓂᑲᓕ ᑎᓗᒥ (FNIHCC), ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᔫᔪᓯᑎ ᕿᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᕈᓂᖓ ᑐᒃᑕᐱᑯᕐᒥᓗ ᐊᓇᖅᓯᒪᔪᑦ ᑲᒥᔭᐅᒍᑎᓴᖅᒥᓂ.

ᑕᒃᑯᐊ ᑐᑭᓯᑎ ᓯᒍᑏ ᐅᑐᖅᑕᐅᑎᒌ ᑎᓯᒍᑕᐅᕗᑦ ᐊᓇᖅᓯᒡᒐᓇᑐ ᑲᒥᔭᐅᓂᓈᕐᒥᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖁᒍᓂ ᒪᕆᓂ ᐱᒍᕆᓂᐅᑲᑕᓯᒪᔪᓂ. ᐅᑐᖅᑕᐅᑎᒥᓯᒥ: ᐅᓄᓂᕐᒥ ᐊᑐᓃ. ᑲᓯᐱᓯᑎ ᐁᐱᐅᑲᑕᓂ ᒪᕐᒫᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᑫᕙ ᓚᒍᓯᕐᒥ. (ᑭᑎ ᔫᓃ ᒪᕐᕆᐃᓕᕐᑭᒪᓂᑕᐅᔪ ᑕᕐᑭᓄ ᐱᓯᒫᔪᑐᓅᓕᕐᒪᓯᑎ ᐅᑐᖅᑕᐅᑎᒌ ᑎᓯᒍᑕᐅᔪ ᐊᖁᒍ ᐃᓗᐊᒍ ᑭᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂ ᑐᓴᖅᑎᓯᔾᔪᑎ ᑕᐅᕙ ᐊᖁᒍ ᑎᓅᓕᕐᒪᔪ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᖁᑕᐅᖅᑎᑐ.)

ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ-ᑲᒪᓂᕐᒧᑦ ᐱᔪᑦᔨᓃᑦ

ᓱᓇᐅᓂᖓ	2005	2006
ᐊᑐᕐᑏᑦ ᐅᓄᓂᖏᑦ	740	820
ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᑕᑯᓂᐊᕐᑲᑦᑕᓂᐱᓃᑦ ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ	13 176	13 665
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᕿᑉᓚᒍᓲᑦ ᐱᔪᑦᔨᐱᐅᔭᐱᓃᑦ	25 349	21 967
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᕿᑉᓚᒍᓲᑦ ᐱᔪᑦᔨᐱᐅᓐᓂᖏᑦᑐᑦ	608	3 300
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᕿᑉᓚᒍᓲᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓃᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᓂᐱᓂᖏᑦ	6 895	4 416
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᕿᑉᓚᒍᓲᑦ ᐃᑲᔪᕐᑎᓕᕐᓂᕐ-ᐊᓇᕐᕿᒥᓂ ᐱᔪᑦᔨᓂᐅᔭᐱᓃ	4 489	7 606
ᑲᑎᑦᓯᑎᒃ ᕿᑉᓚᒍᓲᑦ ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᐱᔪᑦᔨᓃᑦ	2 222	6 778

ᑖᒃᑯᐊ ᑐᑭᓯᐱᒋᑦᓯᒋᑦ, ᖃᐅᔨᓚᐅᔭᕗᑦ ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᕐᓯᒪᓕᕐᓂᖓᓂᒃ ᐱᔪᑦᔨᓃᑦ ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᐱᒪᒋᐊᕐᑐᓂᕐᒧᓗ. ᑭᓯᐊᓂ, ᑐᓴᕐᑎᓯᔪᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᓇᓚᓐᓇᕐᓯᒪᕗᖅ ᐃᑭᓗᐊᕐᑐᓂᒃ ᕿᑉᓚᒍᓯᒃᑲᑦᑕᓂᕗᑦ ᐱᔪᑦᔨᐱᒥᒋᐊᓕᕐᑎᓂᒃ, ᕿᓇᐅᔭᖃᑦᓯᐊᕐᒥᓂᑯᑦᑎᓄᑦ.

ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓯᒪᒋᐊᕐᑲᕐᓂᖏᑦ ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᑲᒫᑦ: ᐅᑐᕋᕐᑕᐅᓯᒪᓂᖓ

ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᐱᔪᑦᔫᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐅᓴᐅᓂᖃᕈᒻᒥᔮᑦ ᐃᓚᒌᓂᒃ ᐃᑲᔫᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓚᒌᓂᒃ ᐃᓅᓯᓕᕆᓃᑦ. ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓯᒪᓕᕐᓯᐊᕈᓐᓇᒥᓚᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓯᒪᕈᓐᓇᒍᒪᑎᓗ ᐱᓇᓱᑎᑖᓴᐅᑎᓯᑎᒃ. ᐊᓚᓯᒪᔭᓐᓂᒻᒥᒪᑦ ᖁᓛᓃᑦᑐᓂ. ᐱᔪᑦᔨᓃᑦ ᑭᖕᖑᒪᒥᐅᑕᐅᓂᖓ ᒪᑭᐱᕈᐊᓯᒪᓕᕐᑐᖅ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᑎᔅᓲᓕᕆᒥᓯᒪᔪᑦ ᐱᔪᓇᐅᑎᓕᕐᓂᒃ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᑲᒪᔪᖕᓂᒃ. ᑕᒪᑐᒪ ᑭᖕᖑᒪᓇᕐᑑᓂᖓ ᐅᖃᐅᓯᐅᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᓇᒐᓴᑦᑖᓄᑦ ᐊᓇᕐᕿᓯᒣᓐᓇᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑏᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓᑎᒍᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖓᓂ ᐱᔪᕐᓯᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ.

ᑐᒃᓚᓕᐊ 2 ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᖅ ᐊᓂᒍᕐᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒍ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᑲᓕᕐᓚᐅᔪᒥᔪᖅ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᕐᓯᔪᓯᔪᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᑲᑎᒍᓯᑦ. ᓄᓇᓕᓐᓂᒃ ᑲᓅᑐᑲᑎᒃᑲᓂᒥᒃ. ᐊᕐᐱᑕᑦᑐᒃᑲᓚᐅᔪᕗᖅ ᐱᓇᓯᑕᐅᔪᓴᒥᒃ ᐊᑕᐅᓯᕐᑰᑎᓯᕗᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᐱᓴᒥᒃ ᓄᓇᓕᕿᓂᓴᓄᑦ ᐃᓚᐅᓯᒪᖕᖏᑐᓄᑦ ᓯᕗᓕᒍᑦ 1 ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᕐᒧᑦ ᖃᐅᔨᒪᑎᑦᓯᐊᕐᑐᓯᒥᑦ ᓯᕗᓕᕐᑏᑦ ᐱᓇᓯᒃᑲᑎᒥᓴᐅᑦᓯᒥᐊᓖᓗ ᑐᒃᓚᓕᓇᓖᑦᑕᓐᓂᒃ 2 ᐱᓇᓯᑕᐅᔪᓴᐅᑦ. ᐆᑐᕋᕐᓂᖅ ᐱᒋᐊᕐᑕᓚᐅᔫᖅ ᒦᑦᓯ 5-ᒥ. ᐅᑯᐊ ᓄᓇᓖᑦ ᐁᐱᐅᒃᑲᑦᑕᓚᐅᔫᑦ: ᑯᐊᕐᑕᖅ, ᑕᓯᐅᔭᖅ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ, ᐊᐅᐸᓗᒃ, ᐊᑯᓕᕕᒃ, ᐅᒥᐅᔭᖅ ᑯᐧᐊᕐᕿᐱᓗ.

ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᖅ ᐊᐱᕐᑐᕐᑕᐅᓯᒪᓂᓕᒃ ᓯᑕᒪᐅᔪᕐᒥᕐᓗᑎᑦ ᖃᐅᔨᒪᑎᑕᐅᓯᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᓚᑕᐅᓯᒪᔪᓂ. ᑕᓯᐅᔭᒥ ᐱᒋᐊᕐᑕᐅᓂᖃᓚᐅᔫᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐃᓕᔅᓴᖅ 1.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᑎᔅᓯᐅᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᖕᓇᑎᓯᒪᓯᐊᕐᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓯᑎᓂᒃ ᐱᒪᓯᐊᓪᓚᓐᓇᓈᓯᔪᖅ. ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓂᖓ 1 ᖃᐅᔨᒍᑕᐅᓯᒪᕗᖅ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓇᓯᑏᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᒃᑕᑐᐊᕿᒥᒃ ᐃᓕᓂᒃ ᓇᓗᓐᖑᑎᒍᓐᓂᓕᐅᒥᓲᒥᐊᖏᑦᑕ ᑲᓯᖕᖏᓕᕐᓯᐊᓯᑎᓗ ᐱᓇᓯᑲᑎᒥᓴᐅᑦᓯᐊᑭᓇᕐᓯᓯᑎᓗ.

ᑐᓵᔭᐊᐱᒃ ᐃᓄᑐᕐᕿᑦ ᐊᓇᕐᕿᖓ

ᐊᓇᕐᕿᓇᓴᐅᔫᑦ ᐊᑯᓃᑦᑐᒥᒃ ᐁᓯᒪᒥᐊᓕᓐᓄᑦ ᐃᓄᑐᒃᑲᓄᑦ ᐃᓕᒥᓂ ᑭᕐᑲᕿᕐᓯᒪᔪᓄᑦ: ᐃᓚᒥᓴᐅᔭᐃᓗ ᑕᕿᕐᓯᕿᓐᓇᓇᐊᒃᑲᓕᒪᑕ ᐃᓚᒥᓂᒃ ᐅᑲᓐᓂᕐᓯᕿᓐᓇᑭᓐᓇᔪᒍᒥᔭᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᓗᓯᐅᑎᑕᐅᐱᒃᒥᓯᑎᒃ ᒪᒥᓴᕐᓂᑯᓗᓐᓃᑦ ᓯᒃᑭᕐᓯᒃᑕᐅᕐᕈᐊᓂᑯᓗᓐᓂᑦ ᐃᓄᑐᕐᕿᑦ ᓄᓇᓕᒥᐅᑦ. ᐱᓇᓯᒐᒥᓂᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᑎᑕᐅᔪᓐᓇᓯᔪᒥᔭᑦ ᒪᑭᓂᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᒃᓯᑎᒃ ᐅᑲᓂ ᐱᔪᑦᔭᓴᓂᒃ ᓄᓇᓕᒥᓗ ᐱᓇᓯᑎᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᑎᓯᒃᑕᐅᑦᓴᓂᒃ.

ᑐᓵᔭᐊᐱᒃ – ᓇᓚᑕᐅᓂᖓ

ᓇᓚᑕᐅᓂᖓ	ᑐᓴᕐᑎᒍᑦ
ᐊᑯᓃᑦᑐᒥᒃ ᑲᒪᒥᓴᐅᔭ	95%
ᑕᕿᕐᓯᕿᓐᓇᓂᖏᓐᓂ ᐃᓚᖏᑦ	66%

ᑑᕝᕚᐊᐱᖕᒥ – ᐅᖅᑯᕐᒃ ᓯᕗᓯᑎᓯᓃᑦ

ᓯᓇᐅᓂᖓ	ᐅᓄᕐᓂᖏᑦ
ᐁᖅᑲᑕᑐᑦ	981
ᐃᖕᒥ ᕿᐅᑎᑯᑲᑕᑐᑦ	416
ᓯᑲ ᓯᑎᑕᐅᑲ ᑕᑐᐱᓃ	944
ᕿᑉ ᓚᒍᔩ ᓯᑲ ᓯᑎᑕᐅᓂᒍ	1473

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔾᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔾᔪᑎᖏᑦᑕ ᐃᓚᒥᔅᐅᕐᑲᑦᑕᓂᖓ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᕐᑲᑦᑕᓂᖏᓐᓄ ᐊᑦᔾᒥᔾᔾᒥᑐᓄᑦ ᐱᒥᐊᕐᑎᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᓄᑦ

ᒪᑯᓄᖓ ᐊᔾᔨᒋᔾᔾᒥᑐᓄ ᐃᓚᐅᑲᑕᐅᓯᒪᒥᔪᒍ:

- ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓄᑐᖁ ᐅᖅᑯᑎᖓ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓚᒫ ᐱᓇᓱᐊᕈᓯᑲᑎᑕᐅᓂᖓ: ᐅᒃᑑᕝ 2006-ᒥ ᓇᓚᐅᓂ ᓯᐅᓂ ᑲᓚᐅᔫ ᑲᑎᑕᐱᒥ. ᐱᓇᓯᑏ ᐅᖓᕙᑦᒥᐅ ᐋᓂᐊᐱᖕᒪᓂ ᑐᓚᑕᐱᒥ, ᑑᕝᕚᐊᐱᒥᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᑕᑲᓚᒃ ᐃᓕᓂᐊᐱᒥ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᐃᖕᒥᕿᑎ ᓯᔪᐊᕈᓇᓚᐅᔫ.
- ᐃᓄᑐᖁ ᑲᑎᒪᔾᔪᑎ: ᐱᒥᐊᑎᑕᐅᓯᒪᔪ ᑲᑎᐱ ᓄᓇᓕᓖ ᑲᕙᒪᖓᓄ, ᑲᑎᒫ ᐁᐱᐅᓯᒪᓚᐅᔫ ᓄᓇᕕᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᒍᑦᔾᓂᕐᓄ ᑲᑎᒪᔾᔪᑎᒥᑕ ᑭᒪᑐᑎᒥᓄ ᐊᔾᔨᒥᓂᓗ ᓄᓇᕕᒥ ᑎᒥᐅᔪᓂ ᑭᒪᑐᑐᓄ. ᑲᑎᒪᑲᑕᐅᔪ ᓂᕚᕆᑲᑎᓗᒥ ᐃᓄᑐᖁ ᑭᒍᒪᒥᔾᔾᒥᓂ. ᐃᓯᒫᖁᑎᒥᔾᔾᒥᓂ ᐊᑕᓇᓯᒍᑎᒥᑐᐃᓇᓇᐊᑲᑦᔾᒥᓂᓗ.
- ᐅᓯᔾ: ᓄᓇᐱᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᒍᑦᔾᓂᓄ ᑲᑎᒪᔾᔪᑎᒥ ᒪᓕᒃᓴᓕᐅᑲᑕᐅᓚᐅᔫᑦ ᑲᑐᔾᑲᑎᒥᔭᐅᓂᐊᑎᓗᒍ ᐃᖕᒥᕿᐅᑎᓕᓇᓂᕐ ᑲᑎᐱ ᓄᓇᓕᓖ ᑲᕙᒪᒪᑕ ᐃᖕᒥᕿᐅᑎᓕᓇᐱᒪᓄ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓖ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᒍᑦᔾᓂᓄ ᐱᓇᓱᑲᑎᒥᔾᔾᒥᓄ ᐊᓚᑕᐅᓯᒪᑲᑕᓂᐊᑎᓗᒥ ᐅᓯᑲᑕᑕᐅᔪᔅ.

- ᐃᓪᓗᓴᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓂᖓ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐱᖅᑲᔭᖅᓯᐊᖏᑦᑐᑦ: ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᒃᑯᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑎᑦᓴᖅᑎᓯᔾᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᖃᑦᓯᕌᔭᕐᒪᖔᑦ ᐃᓪᓗᓴᖅᑎᓯᒪᔭᓂᒃ. ᑲᑎᕕᒃᑯᑦ ᐃᓪᓗᓕᕆᔨᕐᔪᐊᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᕐᑲᑕᐅᔾᔪᑎᑦ ᑕᒪᒃᑯᓂᖓ ᐃᓪᓗᑲᕐᑎᑦᓯᓂᕐᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᔨᐅᑦᓯᑎᒃ.
- ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅ "ᐅᒃᑯᐃᖖᒫᖅᑲᑎᕖᒥᐊᖅᑲᓂᑐᑦ" ᐃᓂᖓᓕᑎᑦᑕᐅᓯᒪᑎᑦᓱᒍ ᒪᒥᓴᕐᓂᒍᑦ ᑲᑎᒪᔪᓄᑦ. ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅᑲᓚᐅᔪᑦ ᐅᓪᓘᓂᒃ ᒫᕉᓂᒃ ᒪᒥᓴᕐᑎᑕᐅᑎᓪᓗᒋᑦ ᑲᒪᔨᐅᓰᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᓪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᖕᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᖏᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥ. ᓄᓇᕕᒻᒥᓗ ᑯᕙᒻᒥᓗ ᑎᒥᐅᔪᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᑦ. ᑐᕌᖅᑲᕈᑕᐅᑦᓯᓂ ᑲᖐᓯᑎᓯᑦᓯᐊᓇᐊᕐᓂᒥᒃ ᖃᓄᖅ ᖁᐊᖅᓴᓈᕐᑐᑯᕈᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓯᕗᓯᒪᓲᒍᒪᖔᑕ ᐃᓄᑑᑎᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᖕᓂᒃ. ᑭᒥᕐᕈᖅᑲᑎᖏᓐᓂᒥᓪᓗ ᖃᓄᖅ ᐊᓐᓇᐅᒪᔪᑎᑦᓴᐅᓰᓂᒃ ᒪᒥᓴᕈᑎᐅᓰᓂᓪᓗ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᓚᐊᖅᓯᒪᔪᐃᓪᓗ ᐃᓯᒪᑦᓴᓯᐅᖅᑲᑎᖏᑦᑯᑦᓯᒥᑦ.

ᐃᓯᓚᐅᑎᖏᑦ

ᑦᓴᖓ ᐊᖅᑰᓚᐅᕐᑐᒥ ᐊᒥᓯᑦ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓯᐊᕈᓐᓇᓚᐅᕐᑯᑦ. ᓄᓈᑦ ᐊᒥᓯᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᑎᑦᓯᖃᑦᑕᑎᓪᓗᒥᑦ ᐱᕙᓪᓕᖁᑎᑦᓴᐅᓂᐊᕐᑐᓂᒃ ᐃᓄᑐᖃᕐᓄᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᓪᓗ ᐃᓚᒥᓂᑭᕐᑲᖅᓯᒪᔪᓄᑦ. ᑭᓯᐊᓂ, ᕿᓇᐅᔭᖃᕐᓯᐊᖏᓐᓂᑯᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᒃᑯᖏᑦ ᑕᒪᒃᑯᓂᖓ ᐃᓘᓐᓇᑐᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒍᓐᓇᖅᑲᑦᑕᓚᐅᕐᑎᓚᑦ.

ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑎᒥᐅᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕆᑎᑦᓴᑖᕐᑎᑕᐅᓲᑦ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᖃᑦᕕᑯᕐᒥᖕᓄᑦ

ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑎᒥᐅᑉ ᐱᓇᓱᐊᕐᑎᒥᔭᐅᒥᐊᖃᑦᑐᑦ ᓄᓇᐱᖕᒥ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ ᐋᖏᐊᓪᓗᓂ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓂᕐᒥ ᓄᓇᓕᐅᑉ ᒪᕆᑦᑕ ᓯᐊᕆᑎᑦᓯᕐᒥᓂᑦ ᐱᕐᓯᐊᓇᐊᕐᑲᑦᑕᓂᕐᒥᓂᑦ ᐃᓕᑕᓇᔭᐅᓂᕐᑲᔾ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᖃᑦᕕᑯᕐᒥᖕᓄᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᑦ ᑎᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑎᑦ.

ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᑕᐅᔫᑏᑦ

ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᑦ ᑎᓯᔪᑎᒥᓲᕐᒥ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᖃᑦᕕᑯᕐᒥᑕ ᐊᐱᕐᑐᑕᐅᓲᔪᑦ ᓄᓇᐱᖕᒥ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐᒥ ᐱᔪᑦᔩᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓄᑦ ᑭᒥᕐᕈᔭᐅᑉ ᑳᑎᓗᒥ ᑐᕐᓯᖅᑯᑎᐱᓐ ᑎᑭᑎᑕᐅᓲ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑎᒥᐅᑦᓂ. 2006-2007-ᒥ, ᑯᓂ ᑎᒥᐅᑉ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕆᑎᑦᓴᑖᕐᑎᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᑲᑎᓯᑎᑦ ᐃᑦᑐᑦᓗᐊᕐᑐᓂᑦ $2,333,346.00.

ᓄᓇᓖᑦ	ᑎᒥᐅᑦ	ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᑕᐅᔫᑎᖏᑦ
ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖕ ᐊᒪᓗ ᐊᑐᓂᓗ ᑕᐅᓂᖕ		
ᑰᔦᐊᒥ	ᑐᕐᖓᓯᕐᐱᑦ ᐊᓂ ᐃᑲᔪᑕᐅᐱᕐᒪ	$400 000
ᓴᓗᓂ	ᐃᓂᓯᐊᑦ ᐊᓂ ᐃᑲᔪᑕᐅᐱᕐᒪ	$347 000
ᑰᔦᐊᖅᐱᕐᒥ	ᑐᕐᖓᒪᐱᑦ ᐊᓂ ᐃᑲᔪᑕᐅᐱᕐᒪ	$250 000
ᑰᔦᐊᒥ	ᑲᔭᕐᒥᑦ ᓇᓗᓄᑯᑕᓂ ᐊᕐᔫᑏ ᐃᑲᔪᕐᑲᑎᒦᕐᓂᕐᒪ	$122 400
ᐅᐱᕐᑭ ᐱᓂᕐᓗᓯᒪᔦ		
ᓄᓇᐱᕐᒥ	ᐅᐱᕐᑭ ᐃᕐᑲᑐᐃᐱᑎᔪᑦ ᐱᔪᕐᔭᐅᒥᐊᓂ ᑲᑎᒪᔨᕐᒥ ᒪᑭᐱᕐᑯᑎᔫᑐᑦ	$87 476
ᐋᕐᒪᔮᖅᓯᐊᕆᑕᐅᔩ ᐊᑐᓂᓗ ᑕᐅᓂᕐᒪ		
ᐃᓗᕐᔦᐊᒥ	ᐊᓇᖅᐱᑦ ᐅᐱᕐᑭ ᒪᒥᓴᐱᕐᒪ	$250 000
ᑰᔦᐊᒥ	ᐃᓯᐊᕐᓯᐱᑦ ᐃᓗᒪᕆ ᒪᒥᓴᐱᕐᒪ	$470 000
ᐃᓄᑐᕐᑭ		
ᑰᔦᐊᒥ	ᑑᓯᐊᐱᑦ ᐃᓄᑐᕐᑭ ᐊᓇᖅᓯᕐᒪ	$207 537
ᐳᕕᕐᓂᑐᕐᒥ	ᓴᓕᐱᑦ ᐃᓄᑐᕐᑭ ᐊᓇᖅᓯᕐᒪ	$88 933
ᐃᓯᒪᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐ		
ᑰᔦᐊᒥ	ᐅᕐᒪᑦᓯᒥᐅ ᓄᓇᓕᕐᒥᓂ ᐱᓯᒪᔦᓄ ᐊᓇᖅᓯᐅᔦᕐ (ᑕᑭᓂ ᐱᕐᒪᓲᔦᑐᓂ ᐊᐅᓚᑕᐅᓕᑐᕐ)	$110 000
	ᑲᑎᑦᓯᑎᑦ	$2 333 346

ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑯᔨᔾᔪ ᐅᐱᔪᓯᓚᐅᔦᒪᑕ ᐊᒥᐊᕐᑯᐱᓂ ᑎᓄᑦ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᔪᕐᓇᓚᐅᔦᒪᑕ ᑎᒥᑯᑎᐅᔦᓄᑦ ᒪᑯᓂᕐᒪ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᑎ ᓯᓯᑕ: ᑲᔭᕐᒥᑦ ᓇᓗᓄᑯᑕᓂ ᐊᕐᔫᑏ ᐱᓇᓱᑲᑎᒦᔫᑎᕐᒪ. $100,000.00 ᐱᓇᓱᑕᐅᔦᓴᓘᓂᕐᒪᔦ; ᐃᓯᐊᕐᓯᐱᑦ. $100,000.00 ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᕐᓯᓂᐅᓛ ᑐᒎᓂᕐᒪᔦ; ᐅᕐᒪᑦᓯᒥ ᓄᓇᓕᕐᒥ ᐱᓯᒪᔦᓄ ᐊᓇᖅᓯᐅᔦᕐ. $40,000.00 ᐱᑯᑎᕐᒪᓇ ᑖᕆᑎᕐᓴᕐ.

ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᖅ

ᐊᐅᓚᓯᔩ ᐱᔪᕐᓇᓯᒥᐊᓕᕐᒥ

ᓯᑕᒪᓂᑦ ᐅᕐᓗᓂᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᕐᑲᓚᐅᔦᔾ ᐊᐅᓚᓯᕿᐅᒥᐅᕐᓴᓂᕐᒥᑦ, ᓯᕗᓕᕐᑎᐅᒥᐅᕐᓴᓂᕐᒥᑦ, ᐋᓯᕐᒪᐅᑎᐅᔦᓂᑦ ᐋᕐᑭᓯᐃᒥᐅᕐᓴᓂᕐᒥᑦ, ᒪᓕᒪᓕᐅᕆᕐᓇᓂᕐᒥᑦ, ᐱᓇᓱᑲᑎ ᑲᓇᐊᑲᓂᕐᒥᑦ ᑲᑎᒪᔩᓂᑦ ᐊᓯᕐᒥᕐᓂᓗ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓯᑎᑦ.

ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᓂᕐᑲᓚᐅᕙᓘᑦ ᑐᑭᒧᐊᕐᑎᓯᔩᑦ ᓄᓇᓕᕐᓂ ᑎᒥᕐᒍᑎᐅᕙᓂ ᒨᑦᕙᐊᒥᐅᑦ, ᒨᑦᕙᐊᖅᐱᒻᒥᐅᑦ, ᐳᕕᕐᓂᑐᕐᒥᐅᑦ ᐃᓄᒃᕙᐊᒥᐅᓄᑦ.

ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᐅᓛᕐᑐᖅ: ᐱᓇᓱᒥᐊᓕᕐᒥᓂᒃ ᑲᒪᒥᐊᓕᕐᒥᓂᓄ ᑲᑎᒪᔩᑦ

ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᒍᒪᑦᓯᑕ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑕᐅᔪᓂᒃ. ᐸᕐᓂᑭᒪᓯᒪᓕᕐᒥᔪᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᐅᒪᔭᕐᑐᒥᒃ ᑲᑎᒪᔩᓄᑦ 2007-2008-ᒥ. ᑕᒪᓇ ᐸᕐᓂᑕᐅᓯᒪᓚᐅᔫᒪᓗᐊᕐ ᑕᑦᑕᓂ ᐊᕐᖁᒧᒥ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᕐᑲᖁᔭᕐᑎᓗᒍ: ᑭᓯᐊᓂ. ᑭᕐᑐᐸᓇᐊᕐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᓚᐅᔪᕐ ᐅᓄᕐᓂᖅᒥᐊᓕᕐᒥᑦ ᓈᒪᓚᐅᔪᕐᒥᒪᑕ. ᑐᕌᒪᕐᑲᕈᑕᐅᓚᐅᔫᕐ ᐃᑲᔪᕈᒪᓕᕐᓯᒥᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᑐᑭᓯᒪᕐᓯᐊᓇᐊᕐᑲᕐᒪᑕ ᐱᓇᓱᐊᓇᐊᓕᒥᓂᒃ ᑲᒪᒥᐊᓕᒥᓂᓄ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᒪᕐᓯᑎᓄ ᑭᕐᑐᓂᕐᒪᒍ ᕿᓄᐃᔪᑲᑎᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ. ᒪᓕᒐᕐᓂᓄ ᒪᓕᒪᓕᐊᒍᓯᒪᔪᓂᓄ.

ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᖅᑯᑎᖏᑦ

ᓯᕗᓂᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᓂᖅ ᒨᓕᖕᒐᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖏᑦ

ᓯᕗᓂᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᓂᒃ ᒨᓕᖕᒐᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖏᑦ ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᖅᑯᑎᐅᕗᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᒨᓕᖕᒐᓯᑎᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᑦ ᐅᑭᐅᓕᒫᓕᖕᒐᓯᑎᑦ ᑲᑲᓐᓇᓄᑦ 0-18-ᓄᑦ. ᓄᓇᓖᑦ ᑯᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓗᐃᑦ ᓄᓇᐱᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐊᔾᔨᐅᖏᑦᑐᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᑎᓯᐸᑦᑐ ᕿᓇᐅᔭᑐᓂᖅᑲᓂ 2006-2007. ᕿᓇᐅᔭ ᑐᑦᓯᕋᓛᔭᐅᒥᐊᒃᓲ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᖃᕐᒪᖔᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᒥᓗᑎᑦ ᑲᕙᒪᐱᑯᒥᓄᑦ. ᐃᓗᓐᓇᑐᑦ ᐱᔪᑎᒃᑲ ᓯᕗᓂᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᓂᒃ ᒨᓕᖕᒐᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖏᑦᑕ ᐱᐅᓯᒋᐊᕐᓯᒪᔪᓂᑦ ᐱᒍᓴᐅᑎᑲᑦᑐᓯᒥ ᐃᓄᐃᑦᑐ ᐃᓕᑦᑯᓯᕐᒥᑎᒍᑦᓯᐅᑎᑦᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑎᒥᒍᒪᓯᒥ ᑲᓄᐃᓕᕐᓯᐊᑯᑎᓪᓗ ᐃᓕᒌᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂᑦ.

ᑕᐃᑦᓱᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᐊᔾᔨᐅᖏᑦᑐᑦᒪᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᐅᑲᑕᓚᐅᕐᑐᑦ ᐃᓚᐅᑲᑕᐅᑎᑦᑐᒥ ᑭᒍᑦᓯᑯ ᓯᑲᓕᐅᑎᔪ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᓐᓄᕋᒥᓂ ᐊᓐᓄᕋᓕᐅᑐ. ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑲᑲᑦᓯᓂᓗ ᐃᓕᖅᑯᓯᕐᒪᔪᓂᑦ. ᒪᒥᓴᓂᑲᑲᑦᓯᓂᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᑦᑯᓯᕐᒥᑎᒍᑦ ᐃᑲᔪᑕᐅᓂᑲᑲᑦᓯᓂᓗ. ᐃᒥᓂᓗ ᓈᒻᒪᓴᐅᑎᓴᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᑲᑦᓯᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᕿᓚᐅᔭᐅᑎᓴᓂᑦ. ᐊᕐᕌᓂ ᐱᓇᓱᐊᓛᓯᒪᓕᕆᔪ ᓄᓇᓖᑦ ᐃᓕᓐᓂ ᐁᐱᐅᕆᐊᓚᓛᑎᓗᒥ ᑕᒪᑯᓂᖓ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓴᓂᑦ ᑲᐅᔨᒪᓴᐅᑎᑦᓯᒥᐊᑐᑐᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒥᐊᑐᓗᑎᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂᑦ ᓯᕗᓯᒪᓂᑦ ᓯᐊᕿᓂᐊᕐᓇᑐᓂᑦ. ᕿᓚᐅᔭᐅᑎᓯᐊᓂᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᓂᑲᓯᐊᑐᓂᓗ ᑲᐅᔨᒪᑎᑦᓯᒥᐊᓛᕆᑎᓴᓂᑦ ᐱᒥᐅᑎᓴᑎᑦ ᓯᑯᑎᑦᓴᓂᓗ ᐱᓇᓱᑎᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐱᒍᓐᓇᓂᓂᑦ. ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ ᑲᔪᓯᐊᓛᑐᓇᓴᐳᑦ ᓄᓇᓕᒥᓗ ᓯᑕᓕᒍᑎᑦ ᓯᐊᒍᒪᓴ ᑐᓇᓯᒥ.

ᑲᑎᓯᑎᑦ ᓯᕗᓂᑦᓴᖅᑲᑦᓯᐊᓂᒃ ᒨᓕᖕᒐᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖏᑦᑕ
ᕿᓇᐅᔭᑲᑎᑕᐅᒍᑎᖏᑦ 2006-2007-ᒥ

ᓄᓇᓕᒃ	ᐅᓄᕐᓂᖏᑦ
ᐊᑯᓕᕕᒃ	$ 13,000.00
ᐊᐅᐸᓗᒃ	$ 25,872.84
ᐃᓄᒃᔪᐊᒃ	$ 0.00
ᐃᕗᔨᕕᒃ	$ 23,100.00
ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᒃᔪᐊᖅ	$ 59,780.00
ᑲᖏᕐᓱᒃ	$ 187,182.45
ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᖅ	$ 60,990.00
ᑰᔾᔪᐊᖅ	$ 137,134.57
ᑰᔾᔪᐊᕌᐱᒃ	$ 23,486.00
ᐳᕕᕐᓂᑐᖅ	$ 101,146.37
ᖁᐊᖅᑕᖅ	$ 76,270.40
ᓴᓪᓗᐃᑦ	$ 49,733.84
ᑕᓯᐅᔭᖅ	$ 14,970.00
ᐅᒥᐅᔭᖅ	$ 33,640.00

ᓄᓇᓕᒥ ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᐅᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓ

ᐃᓕᒻᒪᐅᔪᓯᓂ ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑎᒍᑦ ᐃᓯᒪᒋ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᐅᑉ/ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᓯᐊᑐᒥᑦ ᓄᓇᓕᖅᑲᕐᓂᒧᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᓄᓗ. ᑕᕝᓇ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᑦ ᕿᓇᐅᔭᑲᑎᓯᓯᒍᐳᑦ ᕿᓇᐅᔭᓴᐅᑎᑦ ᓴᖅᑭᑎᓂᑦ ᓄᓇᓕᒥ ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔨᑦ ᓄᓇᐱᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑯᓕᓪᓗ ᓯᑕᒪᓗᓂ. ᖃᓄᐃᖕᖏᒥᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔨᑦ ᑲᒪᔨᒥᔭᐅᔨᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᐊᐱᑎᒍᑦ. ᐱᓇᓱᑲᑎᑲᓯᑎᑦ ᓄᐃᑕᐅᓯᒪᓕᓐᓂᑐᓂᑦ. ᑲᒪᒋᐊᓪᓚᑎᑦ ᓴᔭᐅᓪᓗᒥᑲᓗᐊᓯᑎᑦ. ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔩᑦ ᑲᒪᒋᐊᓪᓚᓇᐊᑲᔫᓂᑦ ᑲᑐᓯᑲᑎᒦᑎᓯᓯᑎᑦ ᐊᔾᔨᐅᖏᑦᑐᓂᑦ ᓄᓇᓕᒥ ᑎᒥᐅᔪᓂᑦ ᑲᐅᔨᒪᓴᐅᑎᓯᑲᑕᓂᒍ ᐊᑑᑎ ᐆᓕᒪᒍᑎᓴᑎᒍᓗ.

ᐃᓅᓕᕐᓯᐱᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑖᑎᓯᓚᐅᖁᒥᖁᖅ ᐃᓄᒃᖁᐊᒦᑦᑐᒥᒃ ᐊᑕᐅᑦᓯᒎᑎᓯᔾᔨᒥᒃ ᖃᓄᐃᓐᓂᕐᓯᐊᓂᓕᕆᔾᔨᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᖃᓄᐃᓐᓂᕐᓯᐊᓂᓕᕆᔾᔨᓂᒃ ᐳᐱᑦᓂᑐᒥ. ᐃᓄᒃᖁᐊᒥᑦᓱ ᓴᓪᓗᓂ ᓱ ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖑᒥ. ᐊᑯᓕᕕᒻᒥᐅᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓵᕐᓯᐅᕐᒥᓈᑦᑐᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᖃᓄᐃᓐᓂᕐᓯᐊᓂᓕᕆᔾᓴᕐᒥᒃ. ᐊᑕᐅᑦᓯᒎᑎᓯᔾᔮᑲᓪᒥᒃ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᐱᕆᐅᕐᓴᑎᑦᓯᕙᑦᑐᖅ ᐃᑲᔪᕐᓯᒋᐊᕐᓂᓗ.

ᑐᓪᓚᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᐱᓇᓱᑎᑲᑐᐱᓂᖅ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᖃᓄᐃᓐᓂᕐᓯᐊᓂᓕᕆᔾᔨᓂᒃ ᑰᑦᔪᐊᒥ, ᐊᐅᐸᓗᒻᒥ, ᑲᖏᕐᓱᔪᐊᒥᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᑲᖏᕐᓱᐊᓗᒃᔪᐊᒥ ᐊᕐᖑᓕᒫᖑᕐᕕᒎᑉᓚᓗᐊᒥ.

ᑮᓇᐅᔭᒃᑎᓯᒍᑎᑦᓴᑦ ᐃᓅᓕᕐᓯᐱᓪᑰᑕᐅᓰᓪ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᓗᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓪᓚᕕᓪᓗᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᓪᓗᑦ.

ᐊᕐᖑᑕᐅᓂᕐᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ ᐅᕐᒪᑉᐸᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᑐᓪᓚᕕᒧᑦ	$299,756.00
ᐊᕐᖑᑕᐅᓂᕐᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ ᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᐃᓅᓕᕐᓯᐱᒧᑦ	$366,368.00

ᐱᓇᓱᖅᑏᑦ ᐱᒋᐅᖅᓴᔭᐅᓂᖓ

2006-2007-ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᓂ ᑲᓪᓚᐅᔪᖅ ᑯᐯᒃ-ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᔭᐅᓂᕐᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓪᓚᓯᒌᑦ ᐱᒋᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓂᑦ.

ᑯᐯᒃ-ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᔭᐅᓂᖅ

2002-ᒥ, ᑎᓕᔭᐅᓯᒪᐅᑎᒥᓂᑦ ᑯᐯᒃ-ᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᑦ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᓄ ᑐᒃᑕ ᐱᑯᕐᒥᓄ, ᓄᓇᕕᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᑦ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᓄ ᑲᑎᒪᔩᕐᒥ ᓄᓇᕕᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᓂᒃ ᑎᑭᓯᓚᐅᑉᐳᖅ ᑯᐯᒃ-ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᔭᐅᓂᕐᒥᒃ. ᑐᕌᒐᖃᕐᑕᐅᓯᓂ ᐱᐅᓯᕆᐊᕐᑯᓯᒥ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᖅᑏ ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒥᔭᐅᐱᓚᓂ, ᐃᓅᓇᐱᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᐱᑎᓯᐱᓂ. 2006-2007-ᒥ, ᐃᓕᓴᓂᐅ ᐊᐱᑐᓯᒪᓂᕐᒥᓂ 1-ᒥ 2-ᒥᓗ ᐱᒋᐅᖅᓴᓇᐊᕐᓚᓕᐅᑉᐳ (ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᓐᓂᑦ) ᐱᓇᓱᖅᑏ, ᐊᓯᕐᒥᓂ ᐊᐱᑐᓯᒪᓂᕐᒥᓂ ᐃᓕᓴᓇᐊᓕᒥᓂ ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒥᔭᐅᐱᓚᓂ (ᐃᓘᓈᓅᓕᕐᓚᕙ ᐱᒋᐅᖅᓴᓃ ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒥᔭᐅᐱᓚᓈᓕᕐᓚᕙ) 2007-ᒥ ᐅᑭᐅᒥ ᐱᒋᐊᕐᑕᐅᓚᐅᕗ (ᐃᓕᓴᖅᓴᐅ ᐊᐱᑐᓯᒪᓂᖓ 1) ᐱᔭᕇᖅᑕᐅᓚᐅᕐᓂ ᐅᑭᐊᖅᓴᒥ 2007-ᒥ.

ᑐᑭᓯᖅᓯᐅᑎ 1. ᑯᐯᒃ-ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖅ

ᐃᓕᓴᖅᓴᖅ	ᓇᓃᓐᓂᖓ	ᐅᓪᓗᖏᑦ	ᐃᓕᓴᖅᑕᐅᔪᑦ
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 1	ᑰᒡᔪᐊᒥ	ᐁᓇᓂ 20-22, 2006	18
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 1	ᑰᒡᔪᐊᒥ	ᐁᓇᓂ 24-26, 2006	17
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 1	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᒣ 16-18, 2006	22
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 1	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᒣ 21-23, 2006	22
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 2	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᓯᑎᐸ 19-22, 2006	15
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 2	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᓯᑎᐸ 25-28, 2006	11
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 2	ᓴᓗᓂ	ᑎᓯᐸ 1-4, 2006	13
ᐃᓗᓯ ᓚᓇᕐᒥ, ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦ ᒧᑎᒃᑲᓂ 2	ᓴᓗᓂ	ᔭᓄᐊᕆ 16-19, 2007	16
ᐃᓘᓈᓅᓕᕐᓚᕙ, ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒥᔭᐅᓂᖓ 1	ᑰᒡᔪᐊᒥ	ᐱᐳᐊᕆ 6-9, 2007	14
ᐃᓘᓈᓅᓕᕐᓚᕙ, ᐅᐱᒋ ᓴᐳᒥᔭᐅᓂᖓ 1	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᒫᑦ 12-16, 2007	13
ᐃᓕᓴᖅ ᑲᑎᑦᑎᒋᑦ	10	ᐃᓕᓴᖅᑕᐅᔪᐃᑦ ᑲᑎᑦᑎᒋᑦ	161

ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓪᓚᓯᒌᓐᓂᕐᒥᒃ ᐱᒋᐅᖅᓴᔭᐅᓂᖓ

ᐱᒋᐊᑎᑕᐅᓯᒪᔪᒥᑦ ᒪᑭᐊ ᐃᓕᓐᓂᐊᐱᔪᐊᓚᑎᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᑎᐱᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᓂᑎᒍ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓪᓚᓯᔫᓂᕐᒥᑦ ᐱᓇᓱᖅᑏ ᐱᒋᐅᖅᓴᔭᐅᓂ ᑲᔪᓯᔪᖅ. 2006-2007-ᒥ, ᒪᕐᕈᐃᑦ ᐱᒋᐅᖅᓴᓂ ᑲᓪᓚᐅᔪᖅ ᓄᓇᕕᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᑯᓕᐅ ᑰᑐ ᐱᒋᐅᖅᓴᑲᑕᐅᓚᐅᔪᑦ. ᐃᓕᓴᓚᐅᔫ ᐊᐅᓪᓚᓯᕕᒥ ᐃᓂ ᓚᒥᒪᐅᓯᐅᔩᓂ ᐊᑐᓇᐃᓕᒥᓂ ᐱᓇᓱᐱᒥᓂ.

ᑐᑭᓯᖅᓯᐅᑎ 2. ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓪᓚᓯᒌᑦ ᐱᒋᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖓ

ᐃᓕᓴᖅᓴᖅ	ᓇᓃᓐᓂᖓ	ᐅᓪᓗᖏᑦ	ᐃᓕᓴᖅᑕᐅᔪᑦ
ᐊᐅᓪᓚᓯᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᓄ	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᐁᓇᓂ 3-10,2006	6
ᐊᐅᓪᓚᓯᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᓄ	ᑰᒡᔪᐊᒥ	ᒣ 2-9, 2006	5
ᐱᓇᓱᐊᕐᒥ ᑲᐅᔨᓴᓂᒃ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᓄ	ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ	ᓄᕕᐸ 14-21,2006	5
ᐱᓇᓱᐊᕐᒥ ᑲᐅᔨᓴᓂᒃ, ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔪᕆᓂᕐᓄ	ᑰᒡᔪᐊᒥ	ᓄᕕᐸ 24-ᑎᓯᐸ 1, 2006	3
ᐃᓕᓴᖅ ᑲᑎᑦᑎᒋᑦ	4	ᐃᓕᓴᖅᑕᐅᔪᐃᑦ ᑲᑎᑦᑎᒋᑦ	19

ᐱᒋᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖓ ᐊᓇᖅᓯᒪᓗᑐᓂᑦ ᑲᒪᔩ ᐃᒥᓂᒃ ᑲᖅᓯᒪᔪᓈᓂᕐᓚᕙᑐ.

ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᐸᒪᖕᓚᑕ

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᐸᒪᖕᓚᑕ ᐃᑲᔪᕐᑲᑕᐅᓯᒪᓂᖕᒪᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᓂᕐᑯᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᕐᓂᒃ.

ᐱᒋᐅᕐᓴᓂᖕ	ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᐅᑏᑦ
ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓚᕐᓯᔩᑦ ᐱᒋᐅᕐᓴᔭᐅᓂᖓ	$124 036.00
ᑯᐯᒥ ᐱᒋᐅᕐᓴᔭᐅᓂᖏᑦ	$197 424.00

ᑲᒃᑲᓛᑦ, ᐊᕕᒃᑫᓄ ᐃᓚᒦᓐᓄ ᐱᑐᑦᔭᐅᓂᕐᒥᑦᑕ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᕐᒥᑦ

ᐃᓂᓚᕆᐊᕐᓯᐊᓂ ᑲᓚᐅᔪᑎᓄᑦ ᔭᓄᐊᕆ 2006-ᒥ, ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᓕᕐᒦᕐᒥ ᑲᒃᑲᓛᓄ. ᐅᐱᕐᑫᓄ ᐃᓚᒦᓄ ᐱᑐᕐᔭᐅᓂᕐᒥᑦᑕ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᓕᕐᒪᑎᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑎᓄᑦ. ᐃᓂᓚᕆᐊ ᓯᐊᑕᐅᓯᒪᓂᕐᒪᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᒃᑎᒦᑦ ᑎᓯᒍᑦᓇᓚᐅᔦᒍ ᐱᓇᓱᑦ ᑎᐅᓲᓂᖕ ᑲᒪᒋᐊᕐᕐᒪᑎᐅᑦᓯᑎᑦ ᐱᕐᔪᑯᒥᐊᓕᓕᕆᐅᑦᓯᑎᑦᔫᓂᑦ ᐅᐱᕐᑫᑦ ᐱᕐᓂᕈᑕᓖᑦ ᐱᑐᑦᔭᐅᓂᕐᒥᑦᑕ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪᒍᑦ. ᓯᓕᓗ. ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒥᑦ ᐃᖅᒥᓂᐊᑦᐅᑫᓕᒪᒍᑎᕐᓴ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᐃᓇᒪᓃᑦ ᐃᒥᐊᓗᕐᒥᑦ ᐋᕐᒪᔅᓴᓯᐊᕈᑕᐅᓲᓂᕐᓗ ᐊᑐᓂᓗ ᑕᐅᓂᕆᓱᕐᒥ ᐅᐱᕐᑲᑎᒍᑦ ᑖᕐᑯᓄᕐᒪ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰ ᑎᑕᐅᓂ ᑲᕐᒥᔪᑦ. ᑖᕐᑯᐊ ᐱᕐᓄᓗᑕᐅᔫᑦ, ᓄᓇᐱᕐᒥᐅ ᐅᐱᕐᑲᕐᒥᕐᓗ ᐱᕐᓄᓗᑦᒪᕆᐊᓘᕐᓯᑎᑦ, ᐊᖑᑎ ᓯᕗᓂᕐᑎᓃᕐᑐᓂ ᐱᓕᕆᐊᒪᕆᕐᓇᑑᑲᑦᑖᕐᑐᓗ ᐃᓚᐅᕗᑦ.

ᐃᓂᓚᕆᐊᕐᓯᐊᓂ ᑲᕐᓯᒪᓕᕐᑎᓄᑦ ᐱᕙᕐᓕᐊᑎᕐᓯᔪᕐᓇᓖᓕᕐᑯᒍᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᓕᕐᒪᑎᓯᔪᕐᓇᓯᓄᑕᓗ ᐅᐱᕐᑲᓅᓕᕐᒪᔦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒥᕐᓂᑦ.

ᑲᒪᒋᐊᖕᖕᒪᓂᕐᒧᑦ ᐱᑐᑦᕿᓃᑦ

ᐃᓯᒪᒃᑯ ᐃᓅᓯᕐᑯ ᐱᑐᕐᕿᓂᕐᓂᑦ ᑲᒪᒋᐊᖕᖕᒪᑎᐅᔩ ᐱᕐᓗᕐᒥ. ᑐᕋᒪᒃᑲᕈᑕᐅᕗᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᓂᐊᕐᑎᓗᕐᒥ ᐋᕐᓂᐊᐲᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᑕᐅᓯᒪᐊᑲᕐᓂᕐᒥᕐᓗ ᑕᓚᑕᓚ ᐱᑐᕐᕿᐱᐅᔦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒥᑎᒍᑦ ᐅᐱᕐᑫᑦ ᐱᕐᓄᓗᑦᑖᕐ. ᐅᓗᕐᓯᒥᐊᑦᑕᐅᓗᑎᑦ ᑲᒪᒋᐊᖕᖕᒪᓂᕐᒧᑦ ᐱᑐᕐᕿᓃᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᒥᐊᓗᕐᒥᑦ ᐋᕐᓂᐊᐲᑦ ᐅᐱᕐᑫᑦ ᐃᓚᒦᓄ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᒥᐊᓖᑦ ᐱᑐᕐᔭᐅᓂᕐᒥᕐᓂ ᑲᔪᓯᔪᑎᕐᓯᑎᓗᕐᒥᑦ.

ᐃᓚᒦᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔭᐅᓂᖕᒪ

ᐅᐱᒪᓗᐊᓯᑎᑦ – ᕿᑐᕐᕐᒥᐅᓯᕙ ᑐᓃᓕᕐᒪᔦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᕐᒪ ᐃᓚᒥᓕᐅᑎᔭᐅᓯᒪᔫᖅ ᐋᕐᓂᐊᐱᐊᐱᕐᓂ ᐱᑐᕐᕿᓂᕐᓄ ᐳᐱᓂᑐᒥ. ᐱᒥᐊ ᑎᑕᐅᒥᐊᑲᕐᓂᕐᒪ ᑕᓯᐅᕐᔦᐊᒥ ᓄᓇᓕᕐᓂ ᐱᒪᓯᐊᓕᒪᕆᕐᓇᑑᓖᒥᔦ. ᓄᓇᐱᕐᒥ ᑎᒥᐅᔦ (ᑲᑎᐱᒃ ᐃᓕᕐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐ, ᐋᕐᓂᐊᐲᑦ, ᕓᕆ ᓯᐲᑦ, ᐅᐱᕐᑫᓄ ᓴᐳᕐᒥᔭᐅᐱᕐᒪ) ᑲᑎᒪᓂ ᑲᓛ ᑎᓄᕐᒥ ᐸᕐᓄᑦᑕᐅᓯᒪᓕᕐᒥᔦ ᑲᑐᕐᕿᔪᑎᑲᓛ ᓄᑎᑦ ᑲᐅᕿᒪᔭᐅᑎᕐᓯᔪᑎᕐᓴᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓕᕐᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᕿᒥᕿᓛᕐᓄᑎᕐᓄ ᐅᐱᕐᑲᐅᓯᑎᑦ ᕿᑐᕐᕐᒥᐅᑐᓂᑦ ᐱᑐᕐᕿᓂᕐᓂᑦ. ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᑕᐅᓂ ᑲᓛᕐᒥᔦ ᐃᓯᒪᓕᕐᓇᓂᕐᒥᑦ ᐃᓗᓕᕐᓇᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑎᐅᔦ ᐃᑲᔪᕐᓯᔪᑐᑎᕐᓴᕐᒥᕐᓂᑦ ᐅᐱᒪᓗᐊᓯᑎᑦ ᕿᑐᕐᕐᒥᐅᑐᓃᓕᕐᒪᔦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪᑦᑕ ᐅᕐᒪᐸᐅ ᓯᕐᔭᕐᒪᓂ.

ᑲᑎᐱᒃ ᐃᓕᕐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᕐᒃᑯ ᑲᔦᓯᑎᕐᓯᔦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒥᕐᓂᑦ ᐱᕿᕐᓴᓯᐊᑲᓂᒍ ᑲᑎᒪᓂᐊᕿᓯᓂᑦ ᐅᐱᒪᓗᐊᓯᑎᑦ ᕿᑐᕐᕐᒥᐅᓰᓗ. ᐱᓇᓱᑎᓄ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᕐᒦᑐᓄ. ᑕᒪᕐᓇ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᑕᐅᓂᕐ ᐃᓯᐊᓇᔭᐅᕐᓯᐊᐸᕐᑐᕐ ᐃᓄᓕᕆᐱᑎᒍ.

ᐱᕿᕐᓴᓯᐊᓂᒍ ᑲᑎᒪᓂᐊᕿᓯᑲᑎᓗᕐ ᐃᓚᐅᑲᑦᑐᐱᓂ, 2006-07

ᓄᓇᓕᒃ	ᐊᖓᔪᖅᑳᕐᓇᔭᐅᔪᑦ	ᐅᐱᒪᕐᑐᑦ ᕿᑐᕐᕆᐅᑐᑦ	ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᒥᒃ ᐃᓕᓴᓇ	ᓄᓇᓕᒥᑦ ᐱᓯᒪᔪᑦ
ᑲᖏᕐᓱᒃ	39	11	24	43
ᐃᓄᒃᔪᐊᒃ	32	4	19	76
ᐃᕗᔨᕕᒃ	32	7	13	39

ᓄᓇᓕᓕᕐᒥ ᐃᑲᔪᕐᓯᒥᐊᕿᑎᓯ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪ ᐃᓚᒦᓂᑦ ᐃᓄᒥᐅᑲᑎᓕᕐᓂ ᐱᐅᓯᓯᕐᐊᕐᕐᒥᑐᒥᑦ ᑲᒃᑲᓛᒥᑦ ᐅᐱᕐᑲᒥ ᓄᓃ ᐊᕐᕿᒍᒥ ᑐᕐᒪᓕᐊᓂ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᓕᕐᒃᑯᑦ. ᑕᓚᑕᓚ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐸᕐᑐᑦ ᓄᓇᓕᓖᑦ ᑲᑎᒪᕿᕐᒥᑦᑕ ᐊᐅᓚᓯᕿᕐᒥᓗ ᕿᓯᐊᓂ ᐋᕐᓂᐊᐲᓂ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪ ᐊᐅᓚᑦᑕᐅᓂ ᑲᓛᕐᒥᔦ ᕿᑎᑦᑕᐅᓯᒪᐅᓃ ᑲᑎᓯᑦᑕᐅᐱᕐᒥ ᐋᕿᓯᑦᑕᐅᓯᒪᓕᐸᑕ. ᑯᐯᑉ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑐᕿᓂᓗ ᑐᑲᑦ ᐱᑯ ᕿᓇᐅᔭᑲᑎᓯᐸᕐᓂᐊᑎᓗᕐᒥᑦ. ᑲᔦᓯᑎᑦᑐᓯᐊᑯᓯᔪ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪ 2006-2007-ᒥ, ᑯᓕᐅᕐᕐᒥᓚᑐ ᕿᓄᒍᑎᑲᓯᒪᔦ ᐃᓚᒦᑎᒍ ᐃᑲᔪᑕᐅᒍᒪᐅᓃ ᕿᓇᐅᔭᑐᕿᑎᓴᑲ ᑎᑕᐅᓯᒪᔦ ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪᓗ ᑲᑎᓯᑎᑦ $17,000.00-ᓂᑦ. ᑐᕋᒪᒃᑲᕿᑕᐅᓯᑎᑦ ᒪᕿᐱᓗᐊᒍᓯᒥ ᕿᓄᒍᑕᐅᑲᑕᓂᕐᒥ 2007-2008-ᒥ.

ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᖃᕐᓂᖅ

ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᖅ ᓱᓇᒥᑦᓯᐊᑐᖅ ᑲᑐᑦᔨᒍᑕᐅᓯᒪᑦᓯᐊᓯᓂᓗ ᑐᑭᒧᐊᒍᑎᑦᓴᓕᐅᕐᓂᒥᒃ ᐱᐅᓯᕆᐊᑦᑎᓯᒍᑎᑦᓴᖅ ᓇᓪᓕᖃᕐᓇᓂᒥᒃ ᐃᓅᓯᒃᑯᑦ ᐱᐅᓯᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓕᑦᓯᑉᐸᓪᓕᐊᕈᓐᓇᓂᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒌᒍᑕᐅᒋᐊᖃᕐᓯᓂᓗ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓯᒍᑕᐅᒋᐊᖃᕐᓯᓂᓗ ᐱᓇᓱᐊᓂᐊᓕᕐᒥᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᑦᑐᓴᑦ. ᐃᓕᓴᕕᒥᑦ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᑕᐅᓗᑎᒃ.

ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᕐᒪᑎᒍᑦ, ᒪᓕᒃ ᐅᑦᑐᕋᕐᑕᐅᓂᒃ ᐱᒋᐊᑎᑕᐅᓯᒪᓕᕐᒥᔫᒃ (ᓴᓗᓂᓗ ᑲᕐᒥᓯᐊᓗᑦᔭᐊᒥᓗ) ᐱᓇᓱᖃᑎᒋᔭᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ, ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐳᕕᕐᓂᒃᑯᑦ, ᓴᐳᑎᑦ, ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᐱ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂᑦ ᐱᓯᒪᔪᑦ.

ᑭᒥᒃᑯᔭᐱᓂᐅᑎᓗᒥᒃ ᒪᓕᒃ ᐅᑦᑐᖅᑕᐅᓯᒪᔫᒃ ᐃᒡᓕᕐᒪᔭᖅᓴᐅᑯᒫᕐᑎᖅᓴᓕᐅᑕᐅᓯᓕᐅᔭᑦ ᐱᑦᓯᐊᓂᐊᑦᑕᐅᒪᔭᖅᑎᓗᒍ ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒪ, ᑲᔪᓯᑦᓯᐊᕋᓗᐊᕐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦᓴᖅᑯᑦᓯᒥᑦ. ᐊᒻᒪᓗ ᕿᓇᐅᔭᖅᑐᕋᑎᑦᓴᖅᑎᑕᐅᒋᐊᖃᕐᓂᕐᒪ ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᒋᐊᑎᑕᐅᓯᒪᔭᑦ ᐃᓯᒪᓗᒥᔭᖅᓴᐅᓂᐊᑎᓗᒥᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᖏᔪᖃᐅᑎᓄᑦ.

ᐃᓯᒪᒥᓂᒃ ᐃᖃᐅᔭᖅᑕᐅᒍᑎᖃᓇᓖᑦ

ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓴᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᕕᓂᐅᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐱᐅᓯᓇᔭᐅᔭᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᑏᑦ, ᐱᒋᐊᑦᑕᐅᓯᒪᔭᑦ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒋᔭᐅᑎᓪᓗᒍ *UQAM* ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᔭᐊᖅ 2005-ᒥ, ᐱᔭᕇᑦᑕᐅᒥᐊᕕᒥᔪᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓴᑦ ᓇᓗᓇᐃᔭᒍᑎᑦᓴᐅᓚᐅᑦ ᓯᓇᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᖃᓪᓚᑦ ᐃᓯᒪᒥᓂᒃ ᐃᖃᐅᔭᖅᓯᒪᔭᐅᒍᑎᖃᓇᓖᑦ ᐱᐅᓯᒥᒍᑦ ᓯᕿᑦᑕᐅᒪᐅᑎᒥᓯᒍ. ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᐅᒥᐊᖕᖓᑐᕕᓂᖅ ᓇᓗᓇᐃᑦᑕᐅᓯᐊᓛᑐᖅ ᐃᓘᓐᓈᓗᒃᑲᓪᓗᐊᖅ ᐅᐱᒃᑲᓴᐅᓕᐸ 2007-ᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᐊ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᓯᓂ ᐃᓕᓴᑐᓃᓪᓗᐊᖅ. ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᒃ ᐅᓂᒃᑲᐅᓯᓇᔭᐅᓛᑐᖅ ᓯᓚᔭᐊᒥᐅᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᓂᒃᑲᓕᑉᐸᑦ ᐄᓐᑯᐃᒥ ᐊᐅᔭᐅᑎᓗᒍ 2007-ᒥ ᐱᒋᐊᑎᓯᔭᕕᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔭᓴᒥᒃ UL ᐃᓕᓐᓂᐊᕕᐅᔭᐊᒥ McGill RUIS-ᒥ ᖃᐅᔨᒋᐊᕕᓴᓖᒍᓂᐊᓕᒪᒥᒃ.

ᐅᖃᓇᐅᓴᑎᑦᓯᔨᖃᕐᓂᒍᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔭᖅ

ᐊᕐᕋᒍᒃ ᒪᕐᕉᒃ ᓇᓕᓇᐃᕐᕕᒃ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖓᓐᒍᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖓᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᐱᒋᐊᑦᑕᐅᑎᑦᓯᓚᐅᕐᓯᒪᑎᓗᒥᑦ ᐅᖃᓇᐅᓴᑎᑦᓯᔨᖃᕐᑎᓯᓂᒥᒃ. ᖃᐅᔨᓴᑦᑕᐅᑯᓯᒥᐊᖃᓚᐅᕐᓯᒪᔭᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑭᖕᖕᒨᒪᕆᔭᐅᒪᕐᒦᑦ. ᖃᐅᔨᔭᐅᓚᓚᐅᔭᕐᖅ ᑲᒃᑲᓛᖃᓇᐊᖅᒪ ᐅᖃᓇᐅᓴᑎᑦᑕᐅᕆᐊᓕᕐᓂᒃ ᐅᖃᓇᐅᐸᓚᐊᖕᖕᒥᑐᓂᓗ. ᑕᒪᓐᓇ ᖃᐅᔨᓴᑦᑕᕕᓂᐅᑎᓗᒍ, 2006-2007-ᒥ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖓᓐᒍᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖓᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ ᖃᓄᐃᓘᕆᑎᑦᓴᓚᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒃᑲᓯᑎᒃ ᑐᓚᑦᑕᕕᒻᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᓐᓂ (Vᓇᑦᓯᕕᒻᒥ) ᓇᓗᓇᐃᕐᓯᒪᓯᐊᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓇᓕᐊᒍᑦ ᐱᐅᓂᑦᓴᐅᒪᔭᕐᒪᕐᓖᑦ ᐅᖃᓇᐅᓴᑎᑦᓯᔨᖃᕐᓂᒥ. ᐱᓇᓱᖅᑎᕆᑦᑐᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓯᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᓕᒃ ᐅᖃᓇᐅᓴᑎᑦᓯᔩᑦ ᐱᓇᓱᑦᑐᓴᓕᐊᒍᓚᐅᔭᕐᖅ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓕᓴᓇᐅᓂᐅᕿᑦᑕᕆᑦᑐᓂᒃ ᐅᖃᓇᐅᓴᑎᑦᓯᔨᖃᕐᓇᓂᒥᒃ ᐅᑦᑐᕋᕐᒪᓯᑎᒃ. ᐃᓄᑎᑰᑐᓂᒃ ᑲᒪᒍᑎᑦᓴᓛᑲᒥᔭ ᐃᑯᓚᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑎᑦᓴᓂᓗ.

ᐋᖕᒪᔮᕿᓯᐊᕈᑕᐅᓱᑦ ᐊᑐᕐᓂᓗᑦᑕᐅᓂᖕᒥᑦ

ᖃᐅᔨᓴᓂᖕᒪ *RISQ*-ᑯᑦ ᐱᒋᐊᑦᑕᓚᐅᕐᓯᒪᔪᖅ 2004-ᒥ ᑐᓴᑎᓯᒍᑕᐅᒍᓇᓛᑦᑯᖅ ᐅᑭᐊᕐᓴᐅᓕᐸ 2007-ᒥ ᓄᓇᓐᓄᑦ ᓯᑕᒪᐅᔭᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᑐᓄᑦ ᐃᓚᐅᔭᕕᓂᓄᑦ. ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᐱᓃᑦ ᑐᖕᖕᒪᕕᓴᑖᒍᓯᒪᓕᑐᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐸᕐᓂᓂᐅᒪᔭᑐᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓂᒃ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓗᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓯᒪᒥᓕᐅᕐᓯᒪᓛᓯᑎᒃ ᐃᑯᓚᑎᑦᓯᒪᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓂᓗ. ᐱᓗᐊᑐᖅ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᑐᒥᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᖃᕐᒪᓂ ᒎᓕᕐᒪᔭᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖕᒥᓂᒃ. ᐊᒻᒪᓗ ᒪᒥᓴᑎᓯᒍᑏᑦ ᑭᖕᖕᒍᓂᖕᒪᒍᓗ ᑲᒪᒥᔭᖃᓇᐊᖃᓂᑦ.

ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓕᓇᓂᖅᒍᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ

ᓄᐃᑕᐅᕿᑖᓚᐅᔭᑎᓗᒥᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᐱᓂᖕᒥᑦ (ᐃᓅᖃᑎᒌᑦ ᐅᕕᑫᓗ ᐱᔭᓐᓇᐅᑎᖕᒥᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᑏᑦ), ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕙᓕᕐᒍᑦ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓇᔪᓄᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ ᐅᕕᑫᓗ ᐃᓚᒌᓗ ᐱᒍᑦᔭᐅᒍᑎᑦᓴᖕᒥᓂᒃ. ᑐᓴᐅᒪᑎᑕᐅᓯᐊᕐᑲᕐᓯᒪᓕᓯᑎᒃ ᐅᕕᒃᑯᓂᒃ ᐱᓐᓄᓗᑲᑲᓪᓗᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᑦᔭᐅᓯᐊᕐᒪᓕᓕᑲ ᐃᐱᒍᓯ ᓯᐊᕿᒪᓯᑎᒃ. ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᑭᖕᖕᒍᓂᖕᒪᒍᑦ ᖃᓄᐃᓕᖕᒪᓕᖕᒪᓂᒃ ᖃᐅᔨᒥᐊᑎᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᓕᐅᑎᓯᒪᓕᓚᐅᔪᑦ ᐋᓐᓂᐊᕖᓂᒃ

ᑕᒫᓂ ᐱᓇᓱᒃᑎᒃᓯᑎᑦ. ᓱᓕᒪ, ᐃᓚᐅᒃᑕᓛᕆᓯᑎᑦ ᐃᓂᓪᓚᕆᓯᐊᑕᐅᓂᖓᓐᓄ ᐱᒍᑦᔨᓐᓂ ᐅᐱᒃᑯ ᐃᓗᑯᑎᕐᒥᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᓯᐊᕐᒥᓇᓗᑎᑦ ᑲᒪᔪᐅᒍᑎᖃᕐᒥᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕐᒥᓂᑦ ᐅᐱᒃᑯ ᓴᐳᒻᒥᔪᐱᕐᒥᓂ. ᐋᓐᓂᐊᕈᐊᐱᓐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᐱᒋᓯᐱᓐᓂ.

ᐅᐱᒃᑯ ᐱᒍᑦᔪᐱᖕᒥᑦ

ᐅᓪᓚᒥ ᑕᓯᐅᔪᕈᐊᒥᒃᑯ ᐅᐱᒃᑯ ᐃᓗᑯᑎᕐᒥ ᐅᓄᕈᓪᓚᓐᓂ ᑐᓴᖅᑎᓯᒍᑎᖃᕐᓂᑦ ᐱᑎᑕᐅᑲᑕᓂᒃᑯ: 777 ᓄᓇᐱᒥ, 58-ᐳᓴᖅᑎᕐᒥ) ᑲᒪᔪᐅᓯᐊᕐᒥᓂᒃᑯ. 2007-2008-ᒥ, ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᐅᒥᐊᑲᓚᓕᒃᑯ ᐋᓐᓂᐊᐱ ᐋᕿᓯᐃᑎᓗᒥ ᐋᓐᓂᐊᐱᐊᐱᑎᒍ ᐃᓯᒪᒃᑯ ᐃᓅᓯᒃᑯᓗ ᐱᒍᔪᐅᒍᑎᖃᕐᓂᑦ ᐃᓚᖏᑦ ᐊᑕᓈᑐᕐᒥ ᓂᐅᔪᑐᓚᖑᓕ (ᑲᑎᒪᓂᕿᓯ ᐱᕿᖅᓯᐊᓂᒍ ᕿᑐᕐᖓᔪᒥᑦ, ᐃᓚᖏᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᐅᒍᑎᖃᕐᓂᑦ ᐱᓇᓱᒃᑕᐅᓂᕐᒥ, ᐊᓯᖏᓗ.)

ᑐᓴᖅᑎᓯᒍᑕᐅᓂᕐᒥ ᐃᓂᓪᓚᐊᑕᐅᓂᐱᓂᕐᒥᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥᑦ ᐅᓪᓚᒥ ᐅᐱᒃᑯ ᓴᐳᒥᔪᐱᖕᒪᑕ. ᐱᒋᐊᕐᑕᐅᓚᐅᕐᓯᒪᔪᖅ 2005-ᒥ. ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓕᖓᓗ ᒪᓂᔪᐅᒍᓐᓇᓂᕐᒥ ᑲᑎᒪᕿᕐᒥᓄᑦ ᑐᓚᒃᑕᐱᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᐅᑦ ᓈᒪᒥᔪᐅᓂ ᑲᓇᐊᒃᓯᑎᑦ. ᑯᐯᒥ ᐃᖅᓯᓕᓇᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᓄ ᑐᒃᑲᑦ ᐱᑯᕐᒥ ᑐᓴᖅᑎᑕᐅᒥᐊᓚᓛᒥᔪ ᖀᓇᐅᔪ ᑐᕿᑎᓴ ᕿᓄᒍᑕᐅᒥᐊᒃᓯᐸᑕ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᒥᐊᑲᓛᓪᓚᑕ ᐃᓖᖅᑭᕿᑎᓕᐊᒍᓯᒪᔪᖅ.

ᐃᓅᓕᖅᓯᐱᒥ ᐅᐱᒃᑯ ᓴᐳᒥᔪᐱᖕᒪ ᑲᐅᕿᒥᐊᖅ ᐱᐅᓛ ᒥᔪᖅ ᕿᒥ ᕿᑯᔪᐅᓯᑎᑦ ᐱᒍᑦᕿᐱᕐᒥᑦ ᐃᓂ ᓚᖕᒪᐅᓯᕐᒥᕐᒥᓂᑦ ᐅᕿᐊᖅᓴᐅᓕᐸ 2007-ᒥ.

ᐋᖅᑭᓯᐃᒍᒪᓯᒪᓂᖓᓄ ᓄᓇᓕᑎᒍ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᕐᓄᓇᑕᓐᒪᓂᑦ ᐅᐱᒃᑯ ᐱᓂᕐᓗᑎᐅᓯ, ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂ ᑲᓚᐅᔪᐳ ᐱᒃᑯᓕᕐᓇᓂᕐᒍ ᓄᓇᓕᕐᓂ ᑲᑎᒪᕿ. ᐱᓇᓱᑏ, ᐳᓖᓯ ᐃᖅᑲᐅᐃᕿᐅᓗ ᐅᐱᖅᒪᖅᓴᐅᓚᐅᔫ ᐳᐱᓂᕐᑐᕐᒥ ᑑᔪᐊᕐᒥᓗ. 2007-2008-ᒥ, ᑐᕋᕐᑲᑐᑦ ᓄᐃᕐᓯᒍᒪᓂᕐᒥᑦ ᐃᓅᓯᓕᓇᓂᒍ ᐱᒃᑯᓕᕐᓇᓂᕐᒍᓗ ᑲᑎᒪᕿᓂᑦ ᐅᑯᓂᖕᒪᖅᓴᓇᑦ ᐱᓇᓱᒃᑎᑲᓗᑕ ᐊᑐᕿ ᐱᒍᑦᔨᓯᐊᑯᓯᒥ.

ᐃᐱᕐᑎᓯᐱᓪᒥᒃ ᐱᒍᑦᔪᐱᑦᓴᕐᑲᕐᓂᖅ

ᑲᔪᓯᔪᖅ ᐊᐅᓚᓯᓂᓕᓇᓂᒃᑯ ᐱᓇᓱᑎᑲᓂᒍᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᔪᐅᓂᕐᒪ ᓴᐳᒥᐱᐅᑦ ᐃᐱᖅᑎᓯᐱᐅᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᒥ. ᐱᓗᐊᑐᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᑕᐅᓯᖅᑯᓯᒪᑎᑕᐅᓂᕐᒪ (ᐱᒍᑦᔪᒥᐊᓕᓂᑦ ᑐᕿᓛᓇᐱ, ᒪᓕᒃ ᑲᓄᐃᓅᕿᓯᓗ).

ᑖᒃᑯᐊ ᕿᑎ ᔫᑎ ᓄᐃᑕᑎ ᓯᑐᕐᑕᐅᐳ ᑖᓯᒪ ᑯᓕᓐᓂ ᓯᓂᐱᓕᐅ ᐊᑐᑕᐅᓯᐊᐸᓂᕐᒪᓂ ᓯᓂᐹᓗ ᐊᑎᔪᐅ ᓴᐅᑎᒥᐸᓯᑎᑦ.

ᓴᐳᒥᐱᒥ ᐱᒍᔪᐅᒥᐊᑲᓂᒍ ᐃᑎᑎᑕᐅᐸᑐ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒍᔪᐅᒦᖅᒥᑦ ᐅᑲᓅᒍᓂᓯ, 2004-05-ᒥ 2006-07

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
ᐱᒍᔪᐅᒥᐊᑲᓂᒍ ᐃᑎᑎᑕᐅᐸᑐ	36	27	31
ᐱᒍᔪᐅᒦᖅᒥᑦ ᐅᑲᓅᒍᓂᓯ	31	16	17

ᑕᐸᓂ ᐊᖁᒍᒥ ᑲᐅᕿᐸᐳᒍ ᐃᐱᑎᓯᐱᒥᑦ ᐱᒍᔪᐱᑲᓇᐊᕐᒥᓂᑦ ᐅᐱᒃᑯ ᐊᑕᔪᒥᑦ ᐊᕿᒦᒥᑐᓂᑦ ᑲᒪᔪᐅᒍᑎᑲᓇᐊᓖ ᐱᐅᓯᒥᒍ ᐃᑲᔪᑕᐅᒥᐊᑲᖁᒥᑦ, ᐃᓯᒪᒥᒍᓗ. ᑕᒪᓇᓗ ᕿᒡᒍᒪᓇ ᐸᓕᐊᑐᐃᓇᓚᕐᒪᓯᓂ ᓄᓇᐱᒥ ᕿᒡᒍᒪ ᓯᒍᑕᐅᐸᓚᕐᒪᓯᓂᓗ ᐱᓗᒍᒥᐊᓕᓕᓇᕿᓂᑦ ᐱᒍᕿᐱᓴᓯᐊᓂᓗ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑎᕐᓴᓂᑦ ᐱᒍᕿᓂᓂᓗ.

ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᑲᑎᒌᓐᓂᖅ ᐃᓕᖅᑯᓯᑐᖅᑳᑎᒍᑦ ᐱᒻᒪᕆᖅᑯᑎᒥᔮᑦᑎᒍᑦ ᐊᒻᒪ ᓇᑦᓕᐅᓂᖅᓯᐅᕈᓯᒥᔫᑦᑎᒍᑦ

ᐱᐳᐊᕆ 2006-ᒥ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᔾᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᑦᑖᑎᑦᑐᓚᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᑫᑦ ᒪᒥᓴᕈᑎᑦᓴᕆᓂᐊᑦᑕᕐᒥᓂᒃ ᕿᓇᐅᔭᑦᑖᕕᐅᔫᓂᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅᑲᑎᓯᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᑲᑎᒌᓐᓂᒍᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᐅᖅᑲᑦᑕᓯᒪᔪᑦ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᑲᑎᒌᓐᓂᒍᑦ ᑲᔪᓯᐊᓪᓚᑎᑦᑐᒍᓐᓇᓯᓛᓕᖅᑐᑦ ᐊᖅᑯᒍᓂ ᒪᕐᕈᓂ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᑲᑎᒌᑉᐸᓕᖅᒥᒃ. ᐃᒣᓕᖅᑲᓚᐅᔪᑦ ᖃᓄᐃᓕᖅᓚᓂᖅᒥᑦ:

- ᑲᖏᖅᓱᔪᐊᒥ: ᐁᕆᓕ 2006;
- ᑰᑦᔪᐊᕋᐱᒻᒥ: ᓯᑎᐸ 2006;
- ᑰᑦᔪᐊᒥ: ᐅᒃᑐᐸ 2006;
- ᑕᓯᐅᔭᒥ: ᐱᐳᐊᕆ 2007;
- ᐊᐅᐸᓗᒃᒥ: ᒫᑦᓯ 2007.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅᑲᐱᐅᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᑲᑎᒌᓐᓂᒍᑦ.

ᑕᒃᑭᒥᓚᐅᖅᑕᑎᓐᓂ ᐊᓂᒍᓚᐅᖅᑐᓂ, ᓄᓇᓕᑐᖅᑫᑦ ᒪᒥᓴᕈᑎᖅᓴᕆᓂᐊᖅᑕᕐᒥᓂᒃ ᕿᓇᐅᔭᑦᑖᕕᐅᔫᓂᑦ ᑐᓴᕐᑎᑦᑐᓯᒪᒪᑦᑕ ᑲᐯᒪᑐᖅᑲᖅᑯᓄᑦ ᕿᓇᐅᔭᑦᑎᑕᐱᓂᐅᓂᕋᖅᓯᑎᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᓂᓂᒃ ᓄᓇᓕᑐᖅᑫᑦ ᓄᓇᓕᖅᒥᓂ ᑲᓇᑕᒥᐅᑦ. ᕿᓇᐅᔭᑦᑖᕕᐅᔫᑦ ᓇᓗᓃᖅᓯᓯᒪᓪᒥᐊᑦ ᑕᒪᑐᒪ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᓂᐅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖅᒪᑕ ᓇᓚᒃᑲᖅᑕᐅᓯᒪᓂᖅᒪᓂᒃ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᓛᖅᑎᓗᒍ ᐊᖅᑯᓄᑦ ᐱᖅᓯᓯᒥᐊᓪᓚᓘᓕᖅᑲᕙᓂᒃ.

ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖅᒪᑕ ᑐᖅᑲᓕᕆᔭᖅᑲᓂᐅᒃ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᖅᑎᓯᒥᐊᖅᑐᐱᐅᖅᑲᖅᑖᓕᒥᕙ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᓂᒍᑦ ᓄᓇᓖᑦ ᖁᓕᖅᓗ ᓯᑕᒪᖅᓗᐃᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᓯᕗᓕᐅᖅᑲᖅᑕᓚᐅᖅᐳᑦ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᓂᒃ ᖁᐊᖅᓴᖅᑐᖁᕈᑎᒥᓯᒪᔭᒥᒃ ᐊᒻᒪ ᐃᓗᓯᒪᓂᖅᒍᑦ. ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖅᒥᑕ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓰᑦ ᑐᖅᑲᓕᖅᑲ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᓂᐅᒥᐊᖅᓚᖕᖑᑦ ᖁᐊᖅᓴᖅᑐᖁᖅᓯᒪᓂᖅᒍᑦ ᐊᒻᒪ ᓄᓕᐊᖅᓂᖁᑦ ᐊᑐᖅᓂᖅᓗᑦᑕᐅᓯᒪᓂᖅᒍᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓚᒥᔭᒍᑦ ᐱᓗᖅᑕᐅᓯᒪᓂᖅᒍᑦ.

ᖃᐅᔨᒪᓕᖅᑕᕗᑦ

ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐃᓚᐅᖃᓐᓂᖅᒥᑦ

ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᓕᖅᓯᐊᖅᑲᖅᑕᐅᒥᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓕᓴᖅᐱᑦ ᐊᒻᒪ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖅ. ᐳᖅᑐᓂᖅᓴᒥᑦ ᐃᓕᓵᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑲᓵᖅᓯᐊᓂ ᐃᓚᐅᖅᓯᐊᐸᖅᐳᑦ. ᑐᑭᓯᒍᑎᒥᔭᐳᑦ ᐊᒥᓱᐃᑦ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᓂᒃ ᐱᐸᖕᓕᖅᑯᑎᖅᑲᖅᓯᒪᒥᐊᖅᒥᑦ.

ᐃᓄᑐᖅᑫᑦ ᐃᓚᐅᖃᓐᓂᖅᒥᑦ

ᐅᖅᓗᓂᒃ ᑕᖅᓕᒪᑐᖅᑐᒥᒃ ᐃᓄᑐᖅᑫᑦ ᑰᔾᔪᐊᒥ ᑲᑎᑎᑦᑐᓯᒪᓚᖅᑯᖅᑐᑦ ᔫᓂ 2007-ᒥ. ᒪᖅᑮᓇᖅᑎᑐᑦ ᓄᓇᓕᖅᓂ ᐊᑐᓂᐅᓈᖅᑎᑐᓂ ᐱᓯᒪᔪᑦ ᑫᖅᑯᔭᐅᓯᒪᓚᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓚᐅᖅᑲᖅᑕᒃᑲᓛᓕᖅᓯᑎᒃ ᓄᓇᓕᒥᓂ ᐊᖕᖕᒥᐊᖕᒥᔭᖅᑎᓯᕗᖅᑲᓕᖅᐸᖅ. ᑐᕆᒐᖅᑎᑦᑐᕗᖅ ᑲᑎᒪᓂᖅᒪ ᐃᓚᐅᖅᓯᒍᒪᖅᓯᒥᖅ ᐃᓄᑐᖅᑫᑦ ᒪᑯᐊᑎᒍᑦ:

- ᑐᑭᓯᒪᓕᒥᐅᖅᓴᓂᖅ ᓇᒻᒥᓂᖅ ᐊᒥᓯᑎᒍᒻᒧᓃᑦ ᐃᓅᖅᑲᑎᒌᖅᓯᑕ ᖃᓄᖅ ᐱᐅᓯᖅᑲᖅᐱᖅᑲᔫᒍᒻᒪᖅᓖᑦᑕ ᓄᓕᐊᖅᓂᖁᑦ ᐊᑐᖅᓂᖅᓗᑦᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐅᑦᐸᓗᖅᓂᖅ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐱᒥᐊᖅᑲᑕᐅᖅᑲᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ;
- ᑐᑭᓯᒪᓂᖅ ᐱᐊᕋᖅᓂᐊᖅᑕᐅᓯᒪᓕᖅᓯᑎᒃ ᖃᓄᖅ ᐊᓐᓇᐅᒪᒍᑦᓇᓯᒍᒪᖅᓖᑦᑕ;
- ᑭᓂᖅᓂᖅ ᒪᒥᓴᕈᑎᖅᓴᖅᒥᖅᓂᒃ ᓄᓕᐊᖅᓂᖁᑦ ᐊᑐᖅᓂᖅᓗᑦᑕᐅᓯᒪᔪᖅ, ᐊᑐᖅᓂᖅᓗᖅᓯᒪᔪᐃᓗ, ᐃᓚᒥᑕᓗ ᐊᒻᒪ ᓄᓇᓕᒪᑕ.

ᐊᑕᐅᓯᖅᑰ ᑎᓯᔩᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ

ᐊᑕᐅᓯᖅᑰ ᑎᓯᔩᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ, ᐱᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦᑎᒍᓐᓂ, ᐋᖕᓂᐊᐲᖕᓂ ᑕᒪᖕᓂ ᐊᓪᓚᓗ ᑲᑎᕝ ᐃᓕᖕᓂ ᓂᐊᖏᓕᕆᓂᖕᒥ, ᐸᖕᓂᑎᒥᒃᓴᐅᓯᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᓐᓴᓂᑦ ᓄᓇᐱᓐᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖕᒥ ᐱᒍᕐᑳᓂᖕᓄ ᑲᑎᒪᔩᕐᒥ ᑐᖅᖢᐱᐅᑎᖑᕐᒥ. ᐊᒥᓯᐱᖕᓯᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᕐᑲᓯᑦ ᐊᕐᕿᒍᒥ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᖕᓴᓂᑦ ᑲᑎᒪᐅᑎᕐᑲᓯᑎᑦ ᑐᑭᒍᐊᒥᐊ ᓯᐊᑎᖕ ᓯᓯᑎᖕᓄ ᐃᑲᔪᖕᓯᒪᓯᑎᖕᓄ.

ᐱᓇᓱᐊᕈᒪᓛᖅᑕᕗᑦ

ᐱᓇᓱᐊ ᑕᑎᖕᓂ ᓇᐅᓕᒫᓄ ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑎᓯᓂᑦ

ᐊᔩᕐᕐᒥᑐᑎᒍ ᓇᐅᓕᒫᓂᑦ ᑲᐅᔨᒪᑎᓯᒍᑎᖕᓴᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᑉᐳᑐᒍ. ᕿᓇᐅᔭᒃᑲᓕᑐᐊᑉ, ᐊᑐᐊᓛᐱᖕᓂᑦ ᐊᓯᖕᒥᖕᓂᓄ ᐊᖕᓚᓯᒪᔪᓂᑦ ᐊᑐᐃᖕᓇᐅᑎᓯᑲ ᑕᓛᖕᑐ ᓄᓇᐱᓐᒥ ᐊᓇᕐᕿᐅᔪᓕᒫᓄ ᑲᑕᐅᔪᖕᓴᓂᑦ.

ᑕᓚᐲᔅᑯ ᑕᑯᔭ ᓴᓕᐅ ᑕᐅᑯᔨᓯᒪᔪᑲᒥᔪᑦ ᐊᕐᕕᐊᕐᕕᔭᓂᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ. ᓄᓇᐱᓐᒥᐅᑦ ᑐᑭᓯᑳᕐ ᓕᑯᓗᒥ ᐊᕐᕕᐊᕐᕕᔭᓂᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ ᓯᒍᓗ ᐊᕐᕕᐊᕐᕕᔭᓇᐊᑲᔫᒪᕐᒫᑕ ᒪᑭᑕ ᓯᐊᑐᒥᑦ ᐊᑕᓄ ᑐᓯᐊᒥᓗ ᓄᓇᓕ ᑲᕈᒪᑐᐊᕈᑕ. ᓇᐅᓕᒫᓄ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᑎ ᓯᒍᑎ ᓴᓕᐅ ᑐᑲᑯᔨᓯᒪᓕᒥᔪᑦ ᐊᕐᕕᐊᕐᕕᔭᓂᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ ᑕᓚᐲᔅᑯ ᑕᑯᓴᐅᒪᔭᑐᓂᑦ. ᑐᑭᓯᓂ ᓗᓯᒪᐅᑎᐅᔩ ᐊᕐᕕᐊᕐᕕᔭᓂᑦ ᐱᓗᒍ ᑲᓄᐃᓕᒥᐊᑭᑕᐅᒍᓇᖅᓴ ᒪᑕ.

ᑭᒍᓂᖕᒪᒍ ᑲᓄᐃᓕᖕᒪᓕ ᓂᖕᒪᑕ ᑲᐅᔨᒥᐊ ᑕᐅᓂᖕᒪ

ᑕᒪᓇ ᐱᓇᓱᐊᓯᒍ ᐱᒪᓱᐊᓪᒪᓇᓐᓇᓂ ᐸᐅᔫᒍᐳᖅ ᑭᒍᓂᖕᒪᒍ ᑲᓄᐃᓕᖕᒪᓕ ᒪᖕᒪᓕ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑲ ᑐᐱᓂᐅᑎᖕᓗᒍ ᑲᐅᔨᒪᒪᓯᐊᓇᐊᖅ. ᐊᑕᐅᓯᖅᑰ ᑎᓯᔩᑦ ᐃᓚᖕᒪ ᓇᓗᓂᓯᓯᒪᔭ ᓴᐅᔭᓇ ᓯᓂᒥᔭᖅ ᒪᑭᓂ ᐃᓅᖕᓂ ᓄᓇᓕᖕᓄ ᐊᐱᑕᕿᔭᑐᓂ ᑭᒍᓂᖕᒪᒍ ᑲᓄᐃᓕᖕᒪᔭᑲᓕ ᒪᖕᒪᓕ ᑲᐅᔨᒥᐊᑲᑕᑐᖕᓴᓂ. ᐅᑯᓚᑕᓚ ᕿᓇᐅᔭᑲ ᑎᓯᒍᑎ ᓴᐅᓛᖕᑯ ᓄᓇᓕᖕᓄ ᐊᐱᑕᑎᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔭᖕᓴᓂᑦ: ᕿᓇᐅᖅ ᑐᕿᓕᖕᒥᑎᒍ ᐱᐱᖕᓴᑖ ᑎᑕᐅᓯᒪᔭ.

ᑐᖕᒪᓂᓈᑕᖕᒪ 2 ᐱᓇᓯ ᑕᐅᓂᖕᒪᑕ

ᓄᓇᓕᑐᕿ ᒪᒥᓴᕈᑎ ᓴᓇᓂᐊᑕᖕᒥᖕᓂᑦ ᕿᓇᐅᔭ ᑖᐱᐅᓯᓂ ᕿᓇᐅᔭ ᑖᓯᒪᓕᕈᑕ, ᒪᒥᓴᓂᑲ ᑎᓯᒥᐊᑐᑲ ᑕᓛᓕᒥᔭᑐ ᑐᖕᒪᓕᖕᒪᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᑕᑕ ᐱᓇᓯᐊᓯᓗᑕ ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑲᑎᒪᓂᐊᕈᓯᑲ ᑎᓯᒥᐊᑐᑲ ᑕᓂᑯ ᐊᕐᕕᐊᕐᕕᔭᓂᒍ.

ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑏᑦ

ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᑐᑭᓕᐊᕿᑎᓯᔨᐅᑉ ᐃᑲᔪᕐᑎᖓᑕ

ᑌᒫᓃᒍᒪᑦ ᐊᕐᕌᒎᓗᐅ ᑐᒥ ᐱᒐᓯᐊᓪᒪᕆᓇᑐᑎᒎᑲᑕᓗᐅᕐᑯᒍᑦ. ᑐᑭᓕᐊᕿᑎᓯᔨᑲᓗᐅᕐᕕᓇᑦᑕ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᐃᑎᓂ. ᑐᑭᓕᐊᕿᑎᓯᔨᑦ ᐃᓇᕐᒥᑕᐅᓯᒪᒋᓇᓗᐅᕚᓗᐊᑦ ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᕐᒍᑦ Dr Francois Desbien ᑯᐯᒃ ᓯᑎᒦᑦᑐᒍᑦ.

ᐅᐸᔫᒪᕚᒍᑦ ᑌᒪᒃᑲᑦ ᐱᓇᓱᑎᓴᕐᓯᐅᓯᑕ ᐱᓇᓱᑲᕐᓴᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᕐᐱᒥ ᐅᖁᐃᕐᓖᑎᑕᐅᑲᑦᑕᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᓪᓚᓗ ᓅᓯᓚᐅᕚᒥᓯᑕ ᐊᑕᐅᓯᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᑲᕐᒥᒃ ᐸᕐᓂᕐᓂᕐᓄᑦ ᐱᔭᕐᓴᓕᕆᓂᕐᓄᓗ ᐱᓇᓱᕐᐱᒥᑦ. ᓂᕆᐅᓯᐊᑑᒪᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᓂᖓᓐ ᑕᒪ ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓱᕐᐱᒦᓕᕐᑐᖅ.

ᒪᑯᐊᑕᒪ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᑲᑦᑕᓪᓚᐅᕐᑐᑦ ᐃᓚᖓᓐᒥᑦ:

- ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᐱᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᑎᑦᑐᒍ ᖃᓄᐃᑉ ᐱᒑᓪᓚᔭᐅᕙᓕᒃ ᐅᑭᐊᕐᓴᐅᑎᑦᑐᒍ 2004-ᒥ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑎᕐᓴᑦ. ᑭᓪᓚᑐᔭᕐᔫᑕᐅᓯᑎᒃ ᐅᖃᐅᓯᖃᕐᓯᑎᒃ ᐱᕐᒪᓯᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓚᒫᓄᑦ ᑐᕚᑎᒥᔭᐅᓪᓚᐅᕚᑦ. ᐊᓪᓚᕈᑏᑦ ᖃᐅᔨᔭᐅᕙᐱᓂᕐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᕙᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕆᔭᐅᑲᑦᑖᓪᓗᑎᒃ ᑎᒥᐅᕙᓄᑦ ᑐᑦᓯᕌᕆᔭᐅᒍᑎᒃ.
- ᓯᓚᑦᕙᐊᓕᒫᒥ ᖃᓂᒪᓂᐅᒪᔭᕐᑑᑦ ᐸᕐᓈᕐᑕᐅᕐᓂᕐᒪ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᕐᒥᕐᓇᖃᑦᑐᐱᓂᖅ
- ᑲᕙᓯᔭᐅᑦᓯᑎᓪᓗ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᕚᑦᑐᑦ, ᑲᐳᕐᑕᐅᑎᑦᓯᓃᑦ, ᐃᐱᐊᕐᒪᒥᒍᑦ ᑕᕐᕿᑦᑐᕐᑕᐅᑎᑦᓯᓃᑦ, ᐳᕚᓗᓇᕐᒥᒃ ᐃᑯᓪᓚᑎᑦᓯᒪᓯᐊᓃᑦ, ᐊᓯᕐᒥᓗ.

ᐱᓇᓱᑏᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᕐᓴᓚᐅᕐᓯᒪᕚᑦ ᐱᓇᓱᒪᕐᒥᓅᓕᕐᒪᕚᓂᒃ, ᐊᑐᐊᕐᓯᓛᑯᕙᕐᓯ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᕐᓴᓕᐊᐱᓂᕐᒥᕐᓂᒃ ᑐᑭᓯᒥᐊᓪᓚᕿᒪᒍᑦᓯ ᓱᓇᓯᐊᕐᓂᐱᓂᕐᒥᕐᓂᒃ.

ᓇᑯᕐᒦᕐᒪᑦ ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᒪᓇᕐᓂᒃ Dr Francois Desbien ᐊᓪᓚᓗ Dr Jean-Francois Proulx ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑲᑦᑕᐅᕙᓪᓚᓂᒃ ᑐᑭᓕᐊᕿᑎᓯᔨᑲᑎᓇᑦ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ. ᓇᑯᕐᒦᕐᒪᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑲᑦᑕᐅᕙᓪᓚᕐᓯ ᐅᐸᕐᓂᒃ.

ᐃᓖᓇ ᓚᕐᑯᕐ

ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂᐅᑉ ᐃᖕᒍᒪᔭᐅᓂᖓ

ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᓲᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓭᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕆᓐᖓ ᑕᒪᑐᒪ

ᑲᐳᑕᐅᑎᓯᓃ

- ᓄᕙᑦᕕᖁᑎᒥᒃ ᑲᐳᑕᐅᓂᕐᒥᒃ ᓇᐅᓕᒫ
- ᐳᑦᑐᓂᓖ 4-ᒥᒃ ᑲᐳᑕᐅᓂᕐᒥᒃ ᑎᑭᒍ ᓄᓈᖁᑎᒥᒃ ᐹᒥᒃ
- ᑐᓴᐅᒪᑎᓯᒍᑎᓭ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ, ᑐᓴᐅᒪᑎᑕᐅᕐᒥᐊᓕᕐᓂᒃ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᑦᑐᓂᒃ ᑲᐱᓯᔾᔭᐅᓲᓂᓗ ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖓ ᓯᓇᐅᕐᒪᖔ, ᓇᓕᖏᓗ ᐋᓐᓂᐊ ᐋᓐᓂᐊᖄᕆᔭᐅᑌᓕᒍᓇᒪᖔᑕ. ᑲᐳᑕᐅᓃ ᓯᓇᓕᕆᐅᕐᒪᖔᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖓ ᑲᓄᐃᓕᖓᒪᖔ

ᐱᒋᐅᓯᑎᑕᐅᓃ

- ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓂ ᑲᐱᓯᔾᔭᐅᑲᑕᐅᖏᑐ ᐱᒋᐅᓯᑎᑕᐅᓂᖅᓴᒪᑕ ᐸᕐᓇᑕᐅᓂᖓ
- ᓄᐃᓯᓂᖅ ᐱᒋᐅᓯᑎᑕᐅᒍᑎᓯᒪᓂᖏ ᐱᓇᓱᑎᑖᓇᔭᐅᕙ ᐯᓇ ᓯᐱᓕᒥ. ᐁᑑᑐᑎᐅᓲᓂ ᐃᑯ ᓚᑎ ᓯᒪᓱᐊᓂᒎ (ᐊᒻᒪᓂᐊᑲᑕᓂᖅ, ᑯᐱᕿᐃᖁᔩ ᐱᖕᖑᐊᓂᖅ ᐱᖕᖑᐊᐱᐅᓲᓂᓗ, ᑲᐳᑕᐅᓯᒪᒥᐊᓕᕐᓂᒃ ᑲᐱᔭᐅᑎᓯᑲᑕᓂᖅ, ᑲᓄᐃᓗᕿᓯᒋᕐ ᐊᒥᓱ ᑲᓂᒪᑐᐱᓂᐅᕙᑕ. ᑐᓴᐅᑎᓯᒍᑎᓕᐅᕐᓂᖅ ᓄᓇᐱᒥ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᓇᓱᐃᓐᓂ, ᐊᓯᐅᒥᓗ)

ᓯᓚ ᔪᐊᒥᐅᓕᒫ ᑲᓂᒪᖅᓴᐸᑕ

- ᐱᔭᓐᓇᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓯᓚ ᔪᐊᒥᐅᓕᒫ ᑲᓂᒪᖅᓴᐸᑕ ᐸᓂᕈᕐ ᕿᒍᑕᐅᓂᖓ ᐊᒻᒪᓗ ᓯᓐᖓᓂ ᑕᐃᑉᓂ ᓯᓚ ᔪᐊᒥᐅᓕᒫ ᑲᓂᒪᖅᓴᐸᑕ ᐸᓂᕈᕐ ᕿᒍᑕᐅᓂᖓ
- ᐱᔭᓐᓇᑕᐅᓂᖓ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ, ᓇᐅᓕᒫᓂ ᐃᓱᓯᓂᓕᕆᐱᑎᒍ, ᓯᓚ ᔪᐊᒥᐅᓕᒫ ᑲᓂᒪᖅᓴᐸᑕ ᐸᓂᕈᕐ ᕿᒍᑕᐅᓂᖓ
- ᐃᓚᐅᑲᑕᐅᓂᖅ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂ ᔫᓕᕐᒪᔪ ᑲᑎᒪᓂ ᔪᐊᕐᒪᓄ ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᑎᑕᐅᓯᒪᔪᒍ ᑯᐯᒥ ᐃᓱᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᒍᕿᓂᓗ ᑐᑲᑦ ᐱᕐᒪᓄ ᑯᐯᑦ ᓯᑎᒥ

ᐋᓐᓂᐊ ᑐᓴᐅᑎᓯᒍᑕᐅᒥᐊᓖ

- ᑮᒍᓂᖅᒪᒍ ᑲᓄᐃᓕᖅᓕᒪᖔ ᑲᐅᕿᒥᐊᑕᐅᓂᕐᒥᒃ ᐋᓚ ᐊᔪᐱᓃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᓂᕐᒥᒃ ᐊᒥᓯ ᐋᓐᓂᐊᑲᑉᐸᑕ
- ᑭᑎᓯᓂᖅ ᑲᒪᒋᔭᐅᒥᐊᓕᕐᓂᒃ
- ᐃᐱᒋᔭᑲᓂᖅ

ᐋᓐᓂᐊᐱᐅᑉ ᐃᓱᐊᓂ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᔭᐅᓲ ᐁ ᑑᑕᐅᒍᓇᓯᑎ

- ᐋᓐᓂᐊᐱᐅ ᐃᓱᐊᓂ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᔭᐅᓲᓂᒃ ᐁᑐᑐᑕᐅᓲᓂᒃ ᐃᐱᒍᓱᑎᓭ ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᒍᑎᒥ
- ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᓂᕐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᐲ, ᒪᓕᒍᒥ ᓯᐳᓕᐅᔭᐅ ᑯᔭᐅᓯᒪᔪ ᑯᐯᒥ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᓯᔭᐅᔫᓂᒍ ᑕᐃᑉᓂ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᓭ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕐᒥᒍ ᐁᑐᑑᑕᐅᓲᓂᒃ ᑲᓄᐃᒍᑎᑲᑐᑲᓕᐸ ᐊᒥᓯ ᐃᓄᐃ ᒪᑯᓂᖓ ᐱᒍᒥ MRSA, VRSA, *C. difficile* and VRE, ᒪᑯᐊᑎᒍ:
  - ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᒍᑎᑲᓂᖅ ᓱᓄ ᐱᒋᐅᓯᑎ ᓯᒍᑕᐅᒥᐊᑲᒪᖔᑕ ᐱᓇᓱᑎᓂᖅ:
  - ᐱᒋᐅᓯᑎ ᓯᒍᑎ ᓴᓚᐅ ᑲᑕᐅᓂᖅ ᓯᐊᒪᑎ ᓯᑲᑕᐅᓗᓂᓗ:
  - ᐃᓚᒥᔭᐅᓂᖅ ᑲᐅᕿᓭᑐᓄ ᐋᓐᓂᐊᑲᑐᑲᑎᓗᒍ ᐁᑐᑑᑕᐅᓲᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᓯᒪᓂᖅ ᐊᑐᓕ ᑎᑕᐅᑎᒍᒥ ᐊᐅᓚ ᓯᒍᓰ ᑐᑭᒍᐊᒍᑎ ᓴᑎᒍ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕌᑦ ᐳᓖᓴᐊᕐᑕᐅᓂᖏᑦ

ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᖅᑲᑦᑕᕐᓚ ᐸᓇᔪᓚᑦᓴᖃᑎᓯᓚᐅᔪᕗᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᐳᓖᓴᐊᕐᓯᑎᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᐊᕐᑐᓯᑎᒃ ᐊᑐᑎᔭᐅᑦᓯᐊᒪᕐᓖᑕ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᑦ.

ᐳᓚᕋᕐᓂᕐᓚ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᖅᑲᑦᑕᕐᓚᑕ ᑭᕐᑐᓂᕐᓚᒍᑦ ᖃᓄᐃᓕᕐᓚᓕᕐᒫᑦ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᑕᐅᑯᔨᕐᓂᒪᑕ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᓂᕐᓚᓂᒃ ᐸᕐᓄᑭᑦᔨᒍᑕᐅᓂᕐᓚ ᐸᓇᔨᐊᕐᑕᐅᓂᕐᓚᑕ ᐋᓐᓂᐊᕕᐅᑦ ᐃᓗᐊᓂ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕐᒥᓐᓄ. ᑐᕋᓚᒃᓯᑎᒃ ᓯᓇᒥᑦᔨᐊᑐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᓂᒃᑭᒪᑦᓯᑎᒃ ᐊᑐᑎᔭᐅᔫᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᑯᔨᓂᕐᒧᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᐅᑦ ᐃᓗᐊᓂ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᓂᑦ. ᑐᕋᓚᒃᒥᓯᑎᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᒍᒪᑦᓯᑎᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᔪᑦᓴᓂᒃ ᐸᓇᔨᑎᓴᑖᕐᑯᔨᕐᓯᑎᓐᓄ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᑎᑦᓯᔪᑦᓴᓂᒃ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᕐᒥᑦ ᐱᑦᓯᐊᑕᐅᒥᐊᑯᑦᓯᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥᓂᒃ (ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓚᑦᑕᕝᕕᒃ) ᐊᑦᑕᓃᑦᑐᓯᐊᒍᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᑦᓯᐊᑯᑦᓯᒥᑦ.

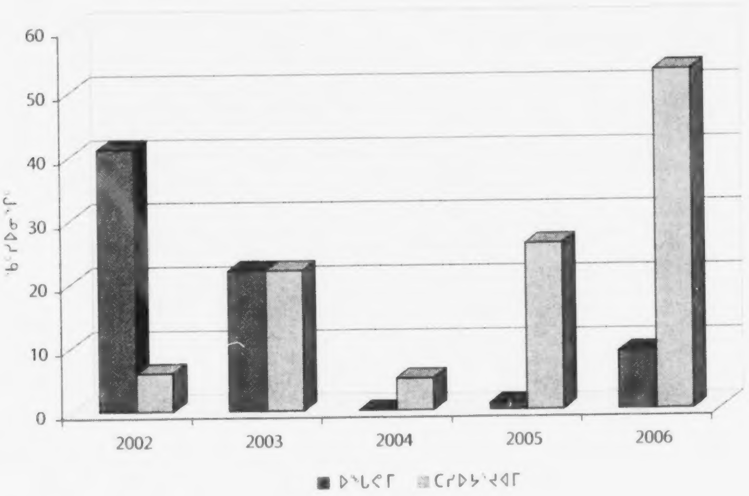
ᓯᓇᒥᑦᑐᑦ, ᓄᓇᓕᓕᒫᓅᓕᕐᓚᑦ ᑐᓴᑎᓯᒍᑏᑦ ᐋᓐᓂᐊᕖᒃ ᖃᐅᔨᓕᕐᓚᓕᑦᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᖅᑲᑦᐱᑯᕐᒥᓅᑕᐅᓂᑯᑦ ᑕᒫᓄᖓ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓄᑦ 7 2007-ᒍᑎᖓᒍ.

ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᑦ ᐸᓇᔪᑦᑕᐅᓂᕐᓚ

ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᑦ ᐸᓇᔪᑦᑕᐅᓯᒥᐊᓚᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᓄᕕᒻᐸ 2005-ᒥ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᑦᓯᐊᓚᐅᔪᕗᑦ ᐊᕐᖁᑎᓕᒫᒥ ᐁᓇᓕ 1, 2006-ᒥᑦ ᒫᔾ 31, 2007-ᒧᑦ. ᓇᓗᓇᕐᑕᐅᓯᒪᒻᒪᑦ 2003-2012-ᒥ ᐸᓇᔨᐊᕐᑕᐅᔪᑦᓴᑦ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᐅᑎᕐᒥᓐᓂ ᒪᕐᕈᐃᓕᕐ ᑭᕐᓚᒪᑎᑕᐅᓂᕐᓚ: ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᑦᓯᐊᖁᔨᐊᕐᓂᕐᒥᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᑦ (ᐅᑦᑐᖁᐅᑎᒥᑦᓯᒥᑦ gonorrhoea, Chlamydia ᐊᒻᒪᓗ ᑎᕐᑯᓗᓇᕐᑐᖅ ᐸ ᐊᒻᒪᓗ ᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐊ.ᓴ.ᐱ.ᐅᑦ ᖁᐱᕐᕿᕿᓯᕐᓚ ᐊᒻᒪᓗ ᐊ.ᓴ.ᐱ.) ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᑦ ᐸᓇᔨᐊᕐᑕᐅᒍᑎᑦᓴᕐᒥᑦ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᓗ ᐸᓇᔨᐊᕐᑕᐅᒍᑎᑦᓴᕐᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᓖᓐᓄ ᑎᒥᑯᑎᐅᔪᐃᓐᓄ ᐸᓇᔨᖃᑎᒥᓄᒥᑦ.

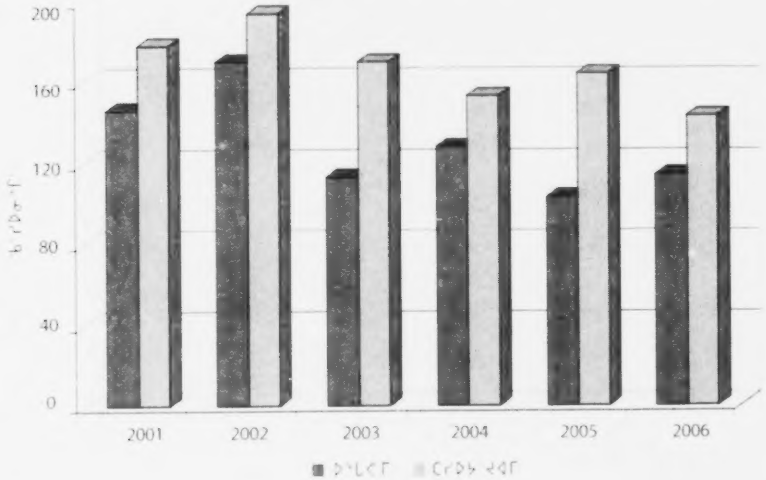
ᑕᒃᑭᓂ ᖁᓕᓐᓄ ᒪᕐᕿᓗᓐᓂ ᒫᔾ 31, 2007 ᑎᑭᑦᓯᒍ, ᐅᑭᐅᓖᑦ 15-29-ᓄᑦ ᐋᓐᓂᐊᖃᖃᑦᑕᓂᖅᐸᓂᐅᕗᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐁᑦᑐᑑᑕᐅᔫᓂᒃ Chlamydia, Gonorrhoea. ᐅᖃᕈᑕᐅᓯᒪᔪᑦ Gonorrhoea–ᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᓖᑦ ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᕐᓯᒪᔪᓪᓗᒪᓇᐅᓕᕐᑐᑦ 2004-ᒥᓂᑦ (15). ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥ ᐳᕐᑐᓯᓂᐱᓂᕐᓚ 2005-ᒥᑦᓯᑕ (27-ᐱᓂᐅᑦᓯᑎᒃ) 2006-ᒥ (63-ᒧᓕᕐᑐᐱᓅᑦ – ᑕᑯᓗᒍ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᓯᐊᕿᑎᒃ). 2007-ᒥ ᑕᒃᑭᑦ ᐱᕐᓚᓯᑦ ᓈᓕᑎᓗᒥᑦ ᖁᓕᓐᓄ ᐊᑕᐅᓯᕐᓗᐃᑦ ᖃᐅᔨᑎᑦᓯᒍᑕᐅᓕᕐᓂᒥᔪᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᕐᑲᕐᓂᖁᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᓴᐅᔫᓂᒃ genitourinary Neisseria gonorrhoeae –ᒧᓂᖁᑦᑕᒥᒃ, ᐅᖓᕙᒥ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥᓗ, 2002-2006



ᓇᓕᖅ ᑳᑯ ᐋᓐᓂᐊᑖᓐᓇᔭᐅᔾᔪᑦ Chlamydia ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᑦᑲ ᑕᓐᓂᖓ ᐳᑦᑐᕝᓚᓐᓇᐅᓕᕐᓂᒥᔪᑦ 2005-ᒥ 267-ᐱᓂᐅᑉ ᓯᑎᑦ 2006-ᒥ 271 ᔪᕐᓂᒥᔪ (ᑕᑯᓗᒍ ᑐᑭᓯᑎᑦ ᓯᓯᐊᕿᑎᑦ).

ᐋᓐᓂᐊᖅᑳᕐᓂᕋᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᓇᓕᒃᑳᑯᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᓐᓇᔭᐅᔾᔨᓂᒃ Chlamydia-ᒧᓂᕋᕐᑕᒥᒃ, ᐅᒻᒪᑦᓯᒥ ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥᒃᓗ, 2001-2006



ᐋᓐᓂᐊᑦᑖᑦᑎᓖᒃ Chlamydia, Gonorrhoea-ᒥᓗ ᐁᑦ ᑐᑕᐅᓯᒪᔪᐃᓗ ᑲᒪᒋᔭᐅᑉ ᓯᐊᕋᓯᐊᔾᔨ. ᑲᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓯᐊᓯᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖ gonorrhoea-ᒥᑦ. ᑯᐯᒥ ᑲᓇᑕᒥᓗ ᐳᑦᑐᓯᒥᐊ ᓚᓯᒪᓕᒥᔪ ᓄᓕᐊᓂᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨ ᐅᑉᐸᓗᒃᑲᓂ ᐊᐅᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨ ᐅᑦᑐᕋᐅᑎᒥᑦᓯᒥ Chlamydia, gonorrhea, syphilis ᐊᒻᒪᓗ ᐊ.ᓴ.ᐱ.ᐅ ᖁᐱ ᕿᕿᓯᒪ. ᓄᓇᑎᓂ ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐅᓗᓐᓂᐊᓇᖅᑐ ᓯᓕ. ᐅᑯᓪᓗ ᓇᐅᓕᓖᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᓂᒥ ᐱᓇᓱᐊᕈᐱᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᐅᔪ ᐱᓇᓱᐊ ᓯᐊᓐᓂᐊᖁᓇᑦ ᐋᓐᓂᐊᑖᕐᑌᓕᒪᒍᑎᖃᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑯᓚᑎᑦ ᓯᒪᓯᐊᕿᑎᖃᓂᑦ ᓄᓕᐊᓂᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨᓂᑦ.

ᓄᓕᐊᓂᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓ ᐱᓇᓱᑲᑎᒌᒍᑕᐅᕙᐳᑦ ᑎᒥᐅᔪᓄ ᐊᒥᓱᓄ ᐅᑦᑐᕋᐅᑎᒥᑦᓯᒥ:

- **ᐸᐅᑦᑑᑎᒃᑯᑦ ᐁᑉᐸᓈᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᓂᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ, CIHAN,** ᐱᑐᓯᒪᑲᑕᐅᒍᑎᒋᐸᑦ ᑕᐳ ᐊᓯᖏᓄ ᑕᕿᒦᑐᓄ ᑲᓇᑕᒥ. ᐃᓚᐅᓯᒪᓯᑕᓗ ᑕᑉᐸᓂ ᐊᖑᒍᒥ ᐁᐸᓈ ᓯᐊᓇᐊᑲᓂᒧ ᑲᑎᒪᓂ ᔭᐊᒍ Goose Bay - Happy Valley, Labrador-ᒥ.
- **ᓄᓇᓕᑐᕐᖁᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓛᐸᑐᐊᒥ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔫᓂᕐᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᑦ (FNQLHSSC), ᓂᓇᐅᓂᕐᑲᑦᓯᐊᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦ,** ᐋᓐᓂᐊᓯᐅ ᑎᑐᐃᓐᓇᑎ ᑎᓂᑦ ᓄᓇᓕᒥᓗ ᑲᓄᐃᓪᓕᓯᐊ ᓂᓕᓇᕿ ᑎᓂᑦ ᓴᓇᕿᑎ ᓵᑎᓯᔾᔪᐳ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᒋᐅᓴᑎ ᓯᔾᔪᓯᑎᑦ. ᐅᑐᕋᐅᑎᒥᓯᒥ ᐅᑑᐸᒥ ᑲᑎᒪᓂ ᔭᐊᒍᓚᐅᔪᑦ ᐊ.ᓴ.ᐱ.ᐅ ᖁᐱ ᕿᕿᓯᒪ ᐊᒻᒪᓗ ᐊ.ᓴ.ᐱ. ᐱᓗᒥ.
- **ᒪᕐᑐᕌᒥ ᓄᓇᓕᑐᕐᖁᑦ ᐃᓅᓱᑯᑎᒪᓄᑦ** ᐁᑲᑦᔨ 60%-ᒧᒪᑕ ᐃᓄᑐᐃᓐᓂ. 2006-ᒥ ᓇᐅᓕᓖᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᒥ ᐱᓇᓱᑏ ᐱᓇᓱᑲᑎᑲᑲᑕᓯᒪᔭ ᑕᑉᐸᓂ ᐃᓄᑯᑎᒥ ᐱᓇᓱᑎᐅᔭᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᓯᑎᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᓴᓂᑦ ᐊᑕᓇ ᐅᓕᒪᒍᑎᓴᓂᑦ. ᐊᑐᐊᓛᐱ ᐊᑐᐊᑕᐅᔭᓴ ᒪᑐᕌᓕᐊᓚᒪᔭ ᑲᑐᐊᑉ. ᓄᐃᑕᐅᓚᕿᓇᐅᔭ 2007 ᓄᕐᒧᐊᓂ.
- **ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓐᓂᕐᒃ,** ᒦᓯ 2007-ᒥ ᓈᒪᓴᓂᑲᓚᐅᔫ ᐃᓕᓴᐱᓕᓖᓂ ᐃᓕᓴᕋᓴᐅᒪᔭᑐᓂᑦ ᑲᐅᔨᒪᑎ ᓯᒥᐊᒪᐅᑎ ᓴᐅᓗᑎᑦ ᐃᓅᓕᒪᔪᓂᑦ ᐁᐸᓈᓂᒎᓕᒪᔪᓂᑦ ᐳᑐᓂᓴ 1 ᐊᒻᒪᓗ 2 ᐃᓕᓴᐅᑎᓴᒥᓂᑦ (ᐊᖑᓂ ᐊᖑᒍᑕᓛᕐᓯᐅᑎᓂ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓂ ᓄᐃᑕᑎᑕᐅᓚᐅᔪᑦ). ᐱᓇᓱᑲᑎᒋᐸᑦᓯᒪᓈᑕᐳ ᑲᑎᕕᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓐᓂᕐᒃ ᐊᒻᒪᓗ FNQLHSSC ᐅᕿᐊᓴᐅᓕᐸ ᐱᒋᐅᓴᓂ ᑲᓛᒪ ᑲᓄᐃᓪᓕᓯᐊᓂᓕᓇᕿᓄ ᐃᓕᓐᓂᐊᓂᓕᓇᕿᓄᓗ.

ᓄᓇᐱᒥ ᓇᐅᓕᓖᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᓐᓂᒥ ᐱᓇᓱᑲᑎᒌᑐ ᓄᓕᐊᓂᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃ ᐁᑦ ᑑᑦᑕᐅᔾᔨ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓᓂᑦ. ᐱᓇᓱᑲᑎᑲᓯᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᓂᑦ ᑐᓇᑕᐱᒥᓗ ᐃᓅᓕ ᓯᐱᒥᓗ. ᐱᓇᓱᐊᑲᑕᒪᑕ ᓄᓇᓕᓂ

ᑲᖏᕐᒥᔭᐅᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑎᖃᓂᒃ ᐱᓪᓚᕆᐅᒥᐊᖅᒪᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᒍᑎᑦ ᖃᓄᐃᓘᖃᑕᐅᓇᐊᖃᒻᒪᖔᑕ ᓱᓇᓂᒡᓗ ᑲᒪᒋᔭᖃᕐᓇᐊᖃᒻᒪᖔᑕ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᔾᔪᒍ.

ᓱᓇᓱᐊᑎᓯᒍᑕᐅᕙᑦᑐ ᐃᓚᖏᑦ ᐃᒉᑦᑑᑦᑐᑦ ᑲᔪᓯᔭᐅᖏᓐᓈᓱᑎᒍ ᐊᓯᖏᒍ ᐱᕙᒃᑕᐊᔭᐅᖏᓐᓈᓱᑎᒃ ᒪᑯᐊ ᐃᓚᐅᓪᒥᑎᑦᑐᒥᑦ:

- ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓖᓐᖏᑎᐅᓂᖑᑦ ᑲᑎᒫᑦ ᑲᑎᒪᓂᖓ ᐋᓂᐊᑖᕈᑎᓕᒪᒍᑎᖃᓂᒃ ᐋᕿᓱᐃᔪᓯᑦ (50% ᐃᓚᐅᖃᑕᓯᒪᔪᑦ);
- ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖑᑦ ᑲᑎᒪᔩᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᕐᑎᓯᒥᐊᑦᑐᕋᒪᓯᒪᓂᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑎᒥᖁᑎᐅᔪᓂᒃ;
- ᓈᓚᒃᑲᓯᐊᓂᒃ ᐅᓯᒃ ᔫᒥᑦ ᓇᒍᒻᒪᐅᖃᑕᐅᔪᒪᓪᓚᕆᒻᒪᖔᑕ ᐋᓂᐊᐱᐊᐲᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᒃ;
- ᐁᑉᐸᓈᕐᓂᒎᓕᕐᒪᔪᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᒃ ᐅᐱᒃᑲᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᒍᑎᖃᓂᒃ ᖃᓅᕈᑎᖃᕐᓂᒃ;
- ᐋᓂᐊᑖᕈᑎᓕᒪᒍᑎᓯᑦ ᐃᑎᓯᕕᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖓ: ᐅᑭᐊᕐᓴᒥ ᐅᑭᐅᒥᓗ ᓱᓇᓱᐊᕐᑎᓯᒍᑎᓯ ᐅᓗᑎᐅᑕᐅᓯᒪᐅᑎᒥᑦ;
- ᓄᑎᐊᓂᒍᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖓᓂᒃ ᐃᑲᔪᓯᒪᓂᖑᑦ ᐱᔭᕇᖃᑎᓯᒍᑎᓯᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᒥᓱᑦ ᑲᑎᒪᑎᑐᐊᕐᒪᑕ: ᐊᐱᒃ ᔮᓪ, ᐅᑭᐅᒥ ᐱᔾᔪᑎᐊᓂᖅ ᔪᐊᖃᑎᓯᓂᖅ;
- ᑐᓴᐅᑎᑦᑯᕈᑎᖃᖃᑕᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐁᑉᐸᓈᕐᓯᐊᓇᐊᖃᓂᒥᑦ ᐊᑕᓈᕐᑌᑎᒪᕐᓯᓂ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᓯᑦ;
- ᐊᑭᕐᓇᒥᐅᑕᓯᑦ ᐊᑐᐊᓖᐲᕐᓗ ᐃᓅᑎᔫᑐᑦ;
- ᑲᔾᔮᑎᒍ ᐋᓪᓛᕐᓇᑐᑦᑐᖃᑕᓂᒃ - ᐋᓪᓛᕐᓇᑐᑦᑐᑌᑎᒪᒍᑎᓯᑦ ᐱᕙᒃᑕᐊᔭᐅᓂᖏᑦ;
- ᓄᑎᐊᓂᒍᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖓᑕ ᑮᓇᐅᔭᖃᑎᑕᐅᒍᑎᓯᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐁᑉᐸᓈᕐᓂᒥᑦ ᐃᑎᓯᒍᑎᓯᑦ;
- ᓴᓇᕈᑎᓴᑎᐅᓂᖅ / ᑕᑯᓴᐅᑎᒪᓯᓂᒃ ᐱᑎᐅᕐᕈᓂᖃᑎᑐᐊᕐᐸᑦ, ᐱᔾᔪᑎᐊᓂᖅ ᔪᐊᖃᑎᑐᐊᕐᐸᑦ, ᐃᑎᓯᕕᒥ ᓄᐃᑕᑎᓯᔪᖃᑎᑐᐊᕐᐸᑦ, ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ;
- ᐁᑉᐸᓈᕐᓯᐊᓇᐊᖃᓂᒥᑦ ᑲᖏᕐᒥᔭᐅᑎᓯᓂᖑᑦ ᐱᓇᓱᐊᕆᖃᑎᓯᓂᖅ - ᐱᒋᐊᕐᑕᐅᓛᑐᖅ 2008-ᒥ.

ᑯᐯᒥ, ᒪᑯᓂᖓ ᐱᓇᓱᐊᑉᐸᒥᔪᒍᑦ:

- ᑐᓴᕐᑕᐅᑎᓯᒥᐊᑐᓯᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᑎᓯᒍᑎᖃᓂᒃ ᐊᖏᒍᑕᓖᓯᐅᑎᒥᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᖃᑎᓗᒥᑦ ᓇᐅᑎᓖᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖑᑦᑐᑦ ᐅᓗᖃᑎᑕᐅᑎᓗᒥᑦ ᐅᑦᔫᐱᕆᒥ (JASP);
- ᓄᑎᐊᓂᒍᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐱᒋᐅᓴᑎᑕᐅᓂᓴᓚᑕ ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓈᕐᓂᓚᔪᑦ ᐱᕙᒃᑕᐊᔭᐅᓂᖓ. ᐱᓇᓱᑲᑎᒥᓗᒥᑦ ᑯᐯᒥ ᓇᐅᑎᓖᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖑᑦ ᑎᒥᖁᑎᐅᔪᖅ (INSPQ);
- ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᑎᓯᓂᖅ ᑯᐯᒥ ᓴᓇᕈᑎᐅᓯᓂᒃ (ᓄᑎᐊᓂᒍᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓯᓂᒃ ᐋᓂᐊᖃᑐᖃᒻᒪᖔ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᓯᑦ ᑐᑭᒍᐊᒍᑎᓯᒥᑦ) ᐃᑲᔪᓯᒪᒍᒪᓯᒥᑦ ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓂ 'ᐱᓇᓱᐊᑐᒪᓇᐅᕙᓪᒪᑕ'

ᖃᓄᐃᓐᖏᓯᐊᑎᓇᓂᒥᒃ ᐱᓇᓱᓃᑦ ᐊᓯᕈᖃᑕᓂᒥᑦ. ᐱᓪᓯᐊᓪᓚᕐᓇᑦᑑᓂᖓᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᐃᓚᐅᑎᓯᒪᓯᐊᓇᐊᒥᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒥᐊᓘᓗ ᐋᓪᓛᕐᓇᑐᐃᓗ ᐊᑐᑕᐅᓂᖓᓄᑦ ᐃᑎᒪᓇᓯᒍᑕᐅᖃᑕᐅᔪᒍᑦ ᓄᑎᐊᓂᒍᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓯᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓯᓂᒃ ᐋᓂᐊᑖᕈᑕᐅᒍᓇᑐᓂᒃ. ᐊᐱᐊᓗᑕᐅᑎᓯᑎᒃ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᕙᓂᖓᓂᒃ.

ᑭᓯᐊᓂ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᑎᓂ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂᓗ ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᕙᓯᖃᓯᐊᑐᑦ. ᐱᒋᐅᓴᑎᑕᐅᓯᐊᖃᑕᕈᑎᑦ. ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᓯᐊᖃᑕᕈᑎᒃ ᕿᓪᓗᑕᐅᓯᐊᖃᑕᕈᑎᓗ ᓄᓇᑖᑦ ᑲᖏᓯᓯᐊᓂᓴᐅᖃᑕᓂᐊᑎᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᑲᑎᒦᓯᐊᓂᓴᐅᖃᑕᓂᐊᑎᓗᒥᓗ ᓯᕗᓯᒪᓂᖃᓯᐊᓂᐊᑎᓗᒥᓗ. ᑐᓂᒪᐅᑎᖃᓯᐊᓂᖅ, ᐱᓇᓱᑲᑎᒦᓯᐊᓂᖅ, ᑲᔪᓯᐊᓂᖅ 'ᑐᖕᖓᐱᖃᓯᐊᓂᓗ' ᑲᔪᓯᐊᕈᑕᐅᓲᒍᑦ ᓇᓕᑐᐃᓐᓇᖏᓂ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᓴᓂ. ᐃᓚᐅᓪᒥᑎᑦᑐᒥᑦ ᓄᑎᐊᓂᒍᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐁᑐᑦᑐᑕᐅᓲᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᐋᕕᒥ ᖃᓄᐃᓐᖏᑦᓯᐊᓂᐊᖃᕐᓂᖅ

2006-ᒥ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᕝᕕᒥ ᑲᓄᐃᙱᑦᓯᐊᓇᐊᖃᕐᓂᒥᒃ ᐱᓇᓱᒃᑲᑎᒌᖑᑎᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᕙᓗᒃᑲᓪᓚᕈᑎᒃᑲᓪᓚᕋᓗᐊᕐᒥᐅᑦ ᐅᑭᐅᖅᑕᖅᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑲᒪᒋᔭᖅᑐᖅ ᐊᐅᓚᓯᑎᑦᑎᓂᕆᓂᕐᒪᑦ. ᓯᑕᒧᑦ, ᐃᖅᑲᓇᐃᔭᐃᒃᑲᓪᓚᐅᕐᒥᐅᑦ ᐊᑐᖅ ᑎᑎᕋᖅᓯᒪᓪᓗᒍ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᖃᑦᑕᕐᓂᖅ ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᒍᒪᔪᖅ ᐃᑉᐱᓂᐊᕈᑎ ᐅᖃᐅᓯᖅ ᐊᓪᓚᑎᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎ ᐱᓗᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑭᓯᐊᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᖅ.

2006-ᒥ, ᐱᔭᕇᖅᑐᖅ ᓄᑦᑕᖅ ᑐᐃᓐᒥ ᐱᓇᓱᕝᕕᒥ ᖃᓄᐃᙱᑦᓯᐊᓂᖏᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᕋᓂ ᐅᑭᐅᖅᓯᐅᓂ ᓄᓕᕐᓂᖅ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᑎᓗᒍ, 152 ᐱᓇᓱᑏ ᐋᖓᔮᖅᑲᐅᒪᓕᖅᑕ ᑲᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂ ᑲᓪᓚᕆᐊᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓯᒪᑐᐃᓐᓇᖅᑲᓂᐊᖃᕐᓂᒪᑦ ᖃᓄᐃᙱᑎᑦᑎᔪᓐᓇᖅᑐᓄᑦ (silica dust, asbestos, lead, biological hazards) ᐱᓇᓱᒃᐱᓂ. ᓯᑕᒧᑦ, 350 ᐅᖃᓪᓚᒍᓐᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᖅ ᐅᑭᐅᖅᓯᐅᑎ ᐱᖅᑐᖅᐱᓂᖅᑲᓪᓚᕆᐊᖅ ᑐᓴᐅᒪᑎᑕᐅᒍᑎᒥᓂ ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᖅᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᖃᓄᐃᙱᑦᓯᐊᓇᖅᑐᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᓕᕈᑎᒥᒍᑦ ᓇᑦᑎᖅᑐᓂᒃ.

ᓄᓇᖕᓂ ᐃᓚᖏᑦ ᑲᔪᓯᑎᑦᑎᒋᐊᖅᑐᖅ ᐱᓇᓱᐊᖃᑦᑕᖅᑎᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᕐᒥ ᑯᕙᐃᑎᑦ ᐱᓇᓱᒃᑎᒃᑲ ᑎᒥᒍᑦ ᓯᓐᖑᐊᕐᓗᒍ ᐱᓗᒥ ᓴᓂᑕᐅᕝᕕᖕᓄᑦ ᐃᒪᐅᔪᕐᓂᐊᖅᑐᓂᒃ ᓯᕐᕈᕆᑎᒥᔭᐅᖃᐃᓐᓇᐊᓐ, ᐅᑦᑕᕐᓂᖅ, ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᖅ ᑭᒥᕆᔭᐅᓯᒪᔪᖅ, ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᔅ ᑐᑭᓯᑎᑦᑐᒥᒃ ᓯᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒫᒃᑭᑎᔅ ᑐᓴᕆᑦᑐᖅᓯᑎᒃ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᑲᔪᓯᑎᑦᑎᓂ ᑯᐊᑦᑕᐅ. ᑲᔪᓰᔭᐊᕐᒪᐅ ᑯᔮᕐᒪᐅᓗ. ᑭᓯᐊᓂᑦ ᐋᓂᐊᕐᓂᑐᐃᓇᑉ ᐊᐅᓪᓚᕝᕙ ᐯᓇᑦ 2006-ᒥ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᐱᓇᓱᐊᓇᐊ ᓚᕿ ᓂᓪᓕᖅᑐᖅ.

ᐃᐱᒍᓯᒥᐊ ᓯᐊᓚᐅᖅᒥᔪᑦ ᐊᑐᖅ ᑎᑎᕋᖅᓯᒪᓪᓗᒍ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᖃᑦᑕᖅᑐᖅ ᐊᑦᑕᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᑐᖅᑕᐅᒍᒪᔪᖅ ᐃᑉᐱᓂᐊᕈᑎ ᐅᖃᐅᓯᖅ ᐊᓪᓚᑎᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎ ᐱᓗᒥ. 2006-ᒥ, ᑲᑎᑦᓯᑎᑦ 124 ᔪᓚᐅᖅᑐᖅ ᐋᓂᐊᕐᓂᑐᐃᓇᑉ ᐊᓛᕿᒪᔭᐱᓐ ᓄᓇᕕᒻᒥ, ᐅᑯᓇᖓ ᐱᓗᐊᕐᑐᖅ:

- ᐯᓇ ᓯᕿᓂ (30);
- ᑲᓄᐃᙱᑦᓯᐊᓂᖏᓐᓂᖅ (24);
- ᐃᓕᓯᕿᓂ (20).

ᑲᑎᓯᑎᑦ, 75 ᐋᓂᐊᕐᓂᑐᐃᓇᑉ ᐊᓛᕿᒪᔭᐱᓂᐅᓚᐅᖅᑐᖅ (60-ᐳᓴᓐᑎᖓ) ᐊᑦᑐᖅᑐᐊᒍᒥᐊᖅᑲᓂᖅ ᐱᐊᕋᓴᖅᑲᓗᓂ ᐱᓗᒍ ᐅᖃᐅᓯᖅ ᐊᓪᓚᑎᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎ ᐱᓗᒥ ᑕᓯᐅᓴᔭᐊᒥ ᐊᒻᒪᓗ 49 (40-ᐳᓴᓐᑎᖓ) ᐅᖃᓚᒥ.

ᐃᓯᓕᐅᑎᒥᓗᒍ, 2006-ᒥ ᑭᒡᒍᒪ ᓴᐱᐅᓚᐅᖅᑐᖅ ᐱᒍᓴᐅᒍᒪᐅᑎᓂᖅ. ᑭᓄᒍᑎᑲᑲ ᑲᓪᓚᕐᒪᑦ ᑲᓄᐃᒍᑎᑖᓯᒪᔪ ᐃᓗᐊ ᐃᓗᐊᓂ ᐊᓂᑎᓇᓴᐅᔭᒥ, ᑎᒥᒍᑦ ᑲᓄᐃᒍᑎᑖᕿᑕᐅᒪᓴᑐᓂᖅ, ᐱᓇᓱᕝᕕᒥ ᓯᕙᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᑭᒃ ᓴᐅᓂᒃᑯ ᑲᓄᐃᒍᑕᐅᓯᒍᓂᖏᓐᓄᑦ ᑲᓇᑕᐅᓴᓕᓇᓕᓂᖅ. ᑕᒪᑐᒧᖓ ᓚᐅᓕᖓᑎᒍᑦ, ᐊᕿᒍ ᐱᒥᐊᖅᑲᒥᐅᑎᒍᑦ ᑰᔭᐊᒥ ᐱᒥᐅᓴᑎ ᓯᓂᓴᒥ ᐊᑐᐃᓐᓇᕿᑎᓇᓚᐅᖅᑐᖅ, ᐱᒥᐅᓴᑎ ᓯᕿᑲᓯᑕ ᐱᓇᓱᒃᐱᒥᓴᒍ ᓯᕐᒥᐅᑎᓴᓇᐊ ᓚᑎ ᓯᕿᒥ. ᐱᓇᓱᒃᐱᒥ ᑲᓄᐃᒍᑖᑌᓕ ᑯᕿᓯᑕ ᓄᑭᒃ ᓴᐅᓂᒃᑯ ᑲᓄᐃᒍᑕᐅᓯᒍᓂᖏᓐᓄᑦ ᑲᓇᑕᐅᓴᓕᓇᓕᓂᖅ.

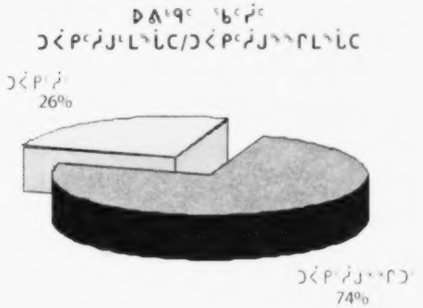
ᓲᐳᕐᑐᓂᖅᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᐹᑭ

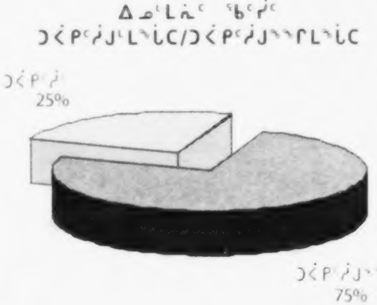
ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᑐᓂᑦ ᐃᑲᔪᑏ

ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᑐᐃ ᐃᑲᔪᑎᓯᒃᑎᑕᐅᔪᑦ. (13 ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐊᒻᒪᓗ 21 ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ) 2002ᒥᓂ ᐱᒥᐅᓯᑎᑕᐅᒃᑕᓯᒪᔪᑦ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓚᖏᑦ ᐃᑲᔪᑎᐅᓂᒥᓂᑦ ᑲᔪᓯᓯᒥᑐᑦ ᐃᓚᖏᓗ ᑲᔪᓯᔪᑦ. ᑭᓯᐊᓂ, ᑳᑎ ᓯᓅᐸ ᑲᐅᔨᒥᐊ ᐱᕋᖓᖅᓯᐊᓯᒍᑦ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᑐᓂᑦ ᐃᑲᔪᑎᓂᑦ ᐃᑲᔪᓯᒪᓯᒥ ᑐᐹᑭᐅ ᒥᓴᓅᓕᖅᓕᔪᓕᒫᓂᑦ ᑭᓯᐊᓂ ᐊᒥᓲᓂᓴ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓱᒍᑎᑦ ᓇᐹᑲᔭᖓᖅᑎᓗ. ᐱᓯᐊᓯᐃᓐᓇᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐅᓪᓚᕇᑐᓂ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᑐᓂᑦ ᐃᑲᔪᑏ ᐱᓇᓱᐊᓯᒪᔪᑦ ᑕᒪᓐᓇᓗ ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᒥᓇᓚᕐᒪᓯᓂ ᑫᓪᓗᐃᓐᓇᓗᒥᓗ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᑐᓂᑦ ᐃᑲᔪᑏ.

ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᓪᓚᑫᓐᓇᕿᒪᔪᑦ ᓄᑲᕿᒪᔪᐃᓘᓃ ᐱᓕᐅᕆᑎᑕᐅᓂᖅᓚ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑐᐹᑭᓯᐃᖅᓯᐊᑐᑦ ᓄᑲᓪᓚᑫᓐᓇᕿᒪᔪᐃ ᓘᓃ ᐱᓕᐅᕆᓂᑲᑎᑕᐅᓯᒍᓂᖅᓚ ᐊᖅᑯᓂ ᑕᓕᒪᑐᓇᐊᓯᔪᑦ ᑕᖅᑭᓂ ᐊᖅᑯᒥ, ᒫᓯ 1-ᒥᑦ ᐁᓇᓕ 11-ᒧᑦ ᐱᓕᐅᕆᓂᑲᑎᑕᐅᓯ. ᑕᖅᑭᓂ ᐊᖅᑯᒥ, ᐅᓗᕆᓂᑦ ᐊᓯᕆᒧᒪᓯᓚᐅᔪᔪᒧᑦ. ᐱᓪᓚᒌᔪᑐᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᕿᓯᓂ" ᓯᐱᑐᓂᑲᑎᓯᑲᑕᓚᐅᔪᓯᑎᑦ ᑕᒪᑕᒪ ᑯᓕᐅᕐᕆᒪᓪᓚᑐᓂ ᐱᓇᓱᐊᕿᓯᓂᑦ ᓯᐱᑐᓂᑲᑎᓯᐸᓕᒥᔪ ᒫᓯ 1-ᒥᑦ ᒉ 3-ᒧᑦ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᑐᐹᑭᓲᒍᑦᐸᓕᐊᑐᐃᓇᓚᑕ ᐃᓄᒻᒪᕆᓂᐊᓛ ᑐᐹᑭᓯᓂ ᐅᓄᓂᓴᐅᓕᓯᑎᑦ. ᑕᖅᑭᓂ ᐊᖅᑯᒥ ᐊᒥᓲᓂᓴᓄ ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᓚᐅᔪᒥᔪᒧᑦ ᑮᓇᐅᔭᑎᒧᑦ. ᐱᓕᐅᕆᑲᑕᐅᔪᑦ ᐃᑭᓕᐅᒥᓚᐅᔪᒥᔪᑦ ᑕᖅᑭᓂ ᐊᖅᑯᒥ: 788 ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ. 524 ᐅᕕᒃᑫᑦ, 267 ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ. ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ ᑐᐹᑭᓲ 66, ᑐᐹᑭᓱᒍᑎᑐ 201. ᐅᕕᒃᑫᑦ ᑐᐹᑭᓲ 138 ᐊᒻᒪᓗ ᑐᐹᑭᓱᒍᑎᑐ 386. ᐅᒣᓕᖅᓚᔪᐱᓃ 2007-ᒥ ᐱᓕᐅᕆᑲᑕᐅᔪᑦ. ᐱᓕᐅᕆᒍᑏ ᐁᑑᑐᑕᐅᔪᑦ (ᐴᒃᑌᑦ ᐊᓚᐅᑏᓗ) ᐱᓕᐅᕆᓂᐅ ᓇᓗᓀᖅᑯᑕᖅᓚᓂᑦ ᓇᓗᓀᖅᑯᑖ ᐱᓕᐅᕆᑲᑕᐅᔪᓄ ᐁᑑᑕᐅᒃᑕᑎᓗᒥᑦ. ᐃᑲᔪᓯᒪᐅᑎᖅ, ᐊᑐᐊᒌᐹ ᐊᒻᒪᓗ ᑭᓕᑐᖅ ᐅᔭᐅᔪ ᑐᐹᑭᓯᐃᖅᓯᐊᓂᒥᑦ ᒪᒥᓴᕿᑎᑲᓂ" ᐊᒻᒪᓗ ᑐᐹᑭ ᒪᒣᑑᐳ" ᐊᒻᒪᓗ ᑐᐹᑭᓯᐃᓕᓇ ᐁᑐᑑᑕᐅᓂᒥᔪ ᑐᓯᖅᓇᔭᐅᑐᐊᓚᑕ ᐱᓕᐅᕆᓂᑲᓂᖅᓚᓂ ᑐᐹᑭᓯᐃᖅᓯᐊᑐᓄ. 49 ᐃᑲᔪᑕᐅᒥᐊᓕᐱᓃ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᓯᑎᑦ. 47 ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᖅᓚᓯ ᐃᓄᒻᒪᕆᑦ.





2007-2008-ᒥ ᐸᕐᓀᕿ ᐱᒍᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

ᑯᐯᒃᑯ ᑲᐸᓪᓚ ᓇᑲᑎᓪᓚᐅᔪᑎᓗᒥ ᑮᓇᐅᔭᒃᑎᑕᐅᒧᑎᓯᒥᓂ ᑐᐹᑭᒨᓕᖅᓚᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖅᒥᑕ, ᐃᑭᓂᓴᐅᓕᓚᐅᔪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭ. ᑕᖅᑭᓂ ᐊᖅᑯᒥ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᒥᐊ ᓚᑯᕿᓛ ᑯᒧ. ᑐᐹᑭᒥᒃ ᐃᑯ ᓚᑎᓯᒪᓯᐊᕿᑎ ᓴᓅᓕᖅᓚᔪᓂᑉ, ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑎ ᓯᒍᑎ ᓴᓂ ᓄᑲᖅᓯᐊᕿᑎᓴᓂᓗ. ᑳᑎ ᓯᓅᐸ ᐱᓇᓱᐊᑲᑕᐅᐸᑐ" ᐃᓅᓂᓕᖅᓚᔪᓂᑦ ᑐᐹᑭᐅ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖅᒥᓂ ᐱᓇᓱᐊᑲᑎᑲᓯᓂ ᐃᓄᐃ ᑕᐱᓇᑯᓂ ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓅᓂᓕᖅᓚᔪᓂ ᑐᐹᑭ ᐱᓗᒧ ᐋᖅᑭᓯᒪᓯᒪᐅᑎᓴᓂ. ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑎᖅᒥ ᐱᓇᓯᑕᐅᖅᒥᓈᑐ ᑲᑎᒪᒍᑕᐅᐸᓯᓂ ᐃᓄᐃ ᓄᓇᖅᒥᓂ ᑲᓇᑕᒥᓗ ᐊᓚᐱᓂ ᐋᖅᑭᓯᒪᐅᑎᖅ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᑎᓗᒥᑦ. ᐃᑯᓚᑎᓯᒪᓯᐊᕿᑎᖅ, ᓄᑲᑎᓯᒪᓯᐊᕿᑎᖅ, ᐃᓕᓂᐊᑎᓯᓃ, ᐃᑲᔪᓯᒪᔭᐅᓃ, ᐊᑭᓕᐅᓇᓃ, ᑲᐅᔨᓴᓃᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ. ᑭᒍᓂᖅᓚᒍ ᑲᓄᐃᓕᖅᓚᓕ ᒪᖅᓛᑦ ᑲᐅᔨᒥᐊᑕᐅᓂᒃᑐᐱᓃ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᑎᑲᓃ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᑲᐅᔨᒥᐊᑕᐅᓂᑲᓯᑎᑦ. 2007-ᒥ ᐅᕕᒃᑫᑦ ᐱᓇᓯᑲᑎᒦᒧᑎᑲᓂᒥᔪᑦ. ᐊᑐᐊᒌᐹ ᑭᓕᑐᖅᓗ ᐃᓄᓈᑲᑕᐅᓂᒥᔪᑦ ᑐᐹᑭᒥᒃ ᓄᑲᖅᓯᐊᑐᓄ ᐃᑲᔪᑎᓴ ᓘᑐᓄᓗ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᓴᒥᓂ ᑐᔪᖅᑕᓚᐅᔪᒥᑐ. ᐊᑐᐊᒌᐹ "ᒪᒥᓴᕿᑎᑲᓂ" ᑐᐹᑭᓯᐃᕿᒪᓂᒧ" ᐊᒻᒪᓗ ᑭᓕᑐᖅ ᐋᓂᐊᐱᐊᐱᓈᑲᑕᐅᓂᒥᔪᑦ ᐃᓚᓴᐱᓅᑲᑕᐅᓯᑎᓗ. ᑳᑎ ᓯᓅᐸ ᓈᓚᐅᑎᑰᑭᑎᑲᓂᒥᔪ" ᔭᓄᐊᓇᒥ ᐱᓕᐅᕆᓂ ᓅᓕᖅᓚᔪᓂ ᐅᑳᓯᓂ ᐱᓇᓱᐊᕿᓯᓂ ᐱᓪᓚᒌᔪᑐᓂ ᐱᓕᐅᕆᓂᑲᑎᓯᑲᑕᓚᐅᔪᓯᑎᑦ ᐱᓇᓱᐊᕿᓯᓂ ᑯᓕᐅᕐᕆᒪᓪᓚᑐᓂ ᐱᓕᐅᕆᓂᑲᑎᓯᑲᑕᓖᓚᓕᖃᒥᑦ. ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐱᓕᐅᕆᑲᑕᐅᔪᑯᑎᑲᑲᑕᓯᒪᔪᑦ ᐅᐱᒃᑲᓗᐊᒍᒧᐊᓂᑦ. ᑲᓇᑕᐅᔭᑎᒧᑦ ᐳᓚᖅᐱᔫᑲᑕᐅᓛᓕᒥᔪ" ᑕᒪᓐᓇ ᑐᐹᑭᒨᓕᖅᓚᔪ".

ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᕐᒥᑦ

ᑕᒃᑲᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᐊᐅᒃᑯ ᐱᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᓗᐊᓚᐅᔪᖕᖏᓚᑦ. ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔪᖅ ᑕᓯᐅᕝᔪᐊᒥ ᐱᕝᕕᑦᑕᐅᒍᓇᓚᐅᔪᖕᖏᓚᑕ ᐱᓇᓯᑎᓴᕐᔫᓂᕐᔪᑦ. ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᑲᑕᓚᐅᔫᖅ ᐱᑦ ᓕᐊᑎᓯᔪ ᐳᐱᓂᑐᒥ ᐊᓯ ᐅᒥᐊᑦᑕᐅᓂ ᑲᓚᐅᔪᐳᖅ ᑉᓇᐅᕝ ᑐᓗᐊᕈᑦᑐ ᐅᓕᒪᓯᐊᓯᓂ. ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔪᖅ ᑕᓯᐅᕝᔪᐊᒥ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᒍᓇᓚᐅᔪᖕᖏᓚᑕ. ᐊᕐᒥ ᑲᑎ ᑲᓚᐅᔪᐳᒍ Denise Picard–ᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᓗ ᑲᓅᖕᖏᓯᐊᓂᓕᕆᓂᖕᒍ ᐱᓇᓯᕐᐱᕐᒪᓂ ᐱᓇᓯᑎᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᓂᑦ ᐊᑐᑦᑕᐅᑎ ᓯᑯᓯᒍ ᐳᐱᓂᑐᒥ ᐃᓅ ᐋᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᐅᑉ ᐱᒥᐊᖅᑎᓯᒍᑎᖅᓴᖕᒥᓂᑦ ᐊᐅᒃᑯ ᐱᑦᓴᖅᑲᓗᐊᑐ ᑕᒃᑯᐅᒥᐊᑐᐱᖅᓴᖕᒪᓂᑦ.

ᐅᖕᒪᑦᒥ ᐅᓖ ᓴᓇᑳᖅ ᐱᖕᖓᓗ ᓯᓯᒪᓚᐅᔪᕐᒥᔪ. ᓄᓇᓕᖕᒥ ᐋᕐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᖅ ᑲᓅᖕᖏᓯᐊᓂᓕᓈᖅᓴᖅ ᐱᓇᓯᑎᑳᓇᔭᐅᓕᐅᖕᓇᓚᐅᔪᓂᖁᖕᒪᓗ ᔭᓄᐊᓇ 2007-ᒥ ᑭᖕᒍᐸᕿᑎᐅᓚᐅᔪᐳᖅ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖕᒪᓂᑦ ᑕᒪᑐᒪ. ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᔪᖅ ᐱᒥᐊᑦᑕᐅᓴᐅᑎᒥᒪᓯᐊᓛᖅᑐ ᑮᓇᐅᔭᑐᓂᖕᒪᓗ ᐊᕐᕌᒍ 2006-2007 ᐱᒥᐊᖅᑲᒥᐅᓂᖕᒪᓂ. ᐱᐱᖅᓴᕿ ᑑᓕᕋᓗᐊᓯᑦ. ᓇᓗᖅᑯᑎᖕᖏᓕᒍ ᑲᔪᓯᒍᓇᓛᓂᑎᓂᑦ ᐸᖕᖏᕌᒍᑎᒥᓯᒪᔭᑎᓂᑦ ᐃᓄᓂᑦ.

ᓂᕐᓯᐅᕿᓲ ᐱᔭᓈᖅᑕᐅᕋᑦᑦᒥᑐ ᐃᓄᑎᑑᓕ ᑎᒥᐊᖅᑲᕋᒥᑦ. ᑲᓗᓈᑎᑑᑐᓂᑦ - ᐃᓄᑎᑑᓕ ᑎᓯᕉᓴᖑᓇᓲᒍᓚᖅ. ᐃᓄᑎᑑᓕ ᑎᓯᕈᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᒪᓗᐊᓯᑎᑦ ᐱᒪᓴᖅᑲᓗᐊᓲᒍᓂᖕᒥᖕᒍ. ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᓂᖕᒪ ᓄᕋᓇᑦᑕᐅᓯᒪᑐᐃᓐᓇᑐ ᓯᐳ ᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓖ ᐱᔭᓈᖅᑕᐅᑳᖅᓯᐊᐸᑎᖕᒍᒥᑦ. ᐱᔭᓈᖅᑐ ᑕᒃᑲᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᐱᔭᓈᖃᓯᐊᕿᒪᓚᒍᐊᑦᑐ ᐊᑐᐊᒪᓕᐊᓇᒍᒥ ᐊᓕᓯᒪᔪᖕᖏᒍᒥᖕᒍ. ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᓂᓕᒦᖕᒪ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᑲᑖᑎᒍᑦ ᑮᓇᐅᔭᑲᑎᑦᑐᒍᑎᑦ ᐊᕐᕋᓖᒥ ᐊᒥᐊᒃᑯᐱᓂᖕᒥᖕᒍ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᓗ ᑲᓅᖕᖏᓯᐊᓂᓕᓂᖕᒍ ᐱᓇᓯᕐᐱᕐᒪᑦ ᑯᐯᒃᒥ.

ᑯᐊᑦᒥ. ᐋᕐᓂᐊᓯᐅᑎᑐᐃᓐᓇᖅ. Carmen Savoie. ᐊᐅᒃᑯ ᐱᑦᓴᖅᑲᓗᐊᑐ ᐃᖁᓕᖅᓴᐅᑎᖅᓴᖕᒥᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᓚᐅᔪᕐᒥᔪ. ᐃᖁᓕᖅᐱᑳᐸᑐ ᑐᓯᐊᐱᑐᑲᒥᑦ ᐃᓚᐅᔪᒪᔪᐃᓗ ᐊᒥᓯᖕᖑᐸ ᓕᐊᑐᐃᓐᓇᓯᑎᑦ. ᐃᖁᓕᖅᐱᐅᓯᖅ. ᑐᓯᐊᐱᑐᑲᐱᓂᖅ. ᐊᒥᓯᓗ ᐁᐱᐅᐸᖅᑲᒥ ᐃᓂᑭᒥᔭᐅᐸ ᓕᐊᑐᐃᓐᓇᓕᑐᖅ. ᑕᒪᓇᓗ ᐱᐅᔩᓯᓂ ᐃᓚᐅᔪᒪ ᓯᐊᒪᑕ ᐃᖕᒥᓂᑦ ᑲᒪᓯᐊᕿᒪᔪ. ᑭᖕᒍᓂᖕᒪᒍ ᑲᓅᓕᒪᖕᒦᑕ ᑲᐅᔨᒥᐊᑲᑦᓯᖅ Mrs. Savoie ᐊᐅᒃᑯ ᐱᑦᓴᖅᑲᓗᐊᑐᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᕿᓯᒥ ᒪᕿᐱᓯᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐊᖁᖅᓕᖕᓂᑦ ᐃᓕᖅᓯᔪᒥᓯᓂ ᐅᑲᓂᖅᓴᖅ. ᐃᓕᖅᕿ ᐃᓚᖕᒥᑦ ᑖᓂᓯᓇᐅᖅᓯᑎ ᓯᔩᒍᒥᔪ ᐅᑲᓂ. ᓇᐅᑐᐃᓐᓇᓕᒫᓗ ᐁᐱᐅᒍᓇᓯᐊᑐᒦᑐᖅ. ᐱᓇᓯᓇᐅᕐᒥᑲᓗᐊᑉ.

ᑲᓇᑕᒥ. ᑲᐅᔨᒪᐅᑎᖅᓴᓕᐅᕐᐳᒍ ᐃᓄᐃᑦ ᑲᓅᖕᖏᓯᐊᓂᓕᕈ ᐊᑐᕋᖅᓴᖕᒥᓂᑦ ᐅᑭᐅᑕᒧᒥ ᓯᑕᒪᓂ ᓄᓇᓂ: ᓄᓇᕕᒃ. ᓄᓇᕗᑦ. ᐃᓄᕕᐊᓗᐃᑦ. ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᑦᓯᐊᕗᑦ. ᑲᐅᔨᒪᐅᑎᖅ ᐱᓇᓯᐊᑲᑎᒌᒍᑕᐅᔪ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᓗ ᐱᓇᓯᕐᐱᕐᒪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᒃᑯ ᐱᑦᓴᖅᑲᓗᐊᓂᖕᒪᑕ ᐱᓇᓯᑲᑎᒌᒍᑕᐅᓂᖕᒪᒍ. ᑭᓪᓗᑎᑲᑎᒍᒥ ᓯᑕᒪ ᓄᓂ ᐊᐱᑐᓯᒪᔪ ᐅᑭᐅᑕᒧᒥᐅ. ᐊᑕᐅᓯᖅ ᑭᓪᓗᑎᒍᒍ ᐃᓄᑐᐃᓐᓇᓂᑦ ᐋᑐᓖᒥᐅᓂᑦ. ᐊᑕᐅᓯᖅᒍ ᑭᓪᓗᑎᒍᒍ ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓄᐃᑦ ᐅᐱᕋ ᑲᑎᒪᔩᕐᒥᓂᑦ. ᐊᑕᐅᓯᖅᒍ ᑭᓪᓗᑎᒍᒍ ᐃᓅᓂᑦ ᐃᓄᑐᑲᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑕᐅᓯᖅ ᑭᓪᓗᑎᒍᒍ ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓈ ᑲᓇᑕᒥ.

Kino-Québec–ᑯᑦ

ᐊᕐᕌᒍᓂ ᐊᓂᒍᑐᓂ. ᐱᓇᓯᑲᑎᑲᑲᑕᓯᒪᐳᒍ ᑲᑎᐱᑦ ᓄᓇᓕᓕᒦ ᑲᐸᒪᖕᒪᓂᑦ. ᑮᓇᐅᔭᓂᑦ ᐁᑐᑉᐸᓯᒥ ᐱᕐᕈᐊᕿᑎᖅᓴᓂᑦ. ᑳᑭᓂᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ ᐱᓗᐊᑐᖅ.

ᑲᐸᒦᐱᖅᑯᑎᒍ ᓯᑲᓯᑎᓯᐆ ᐱᖕᒍᒥ. ᓲᑭᐊᒍᒪᓗᐊᖅ. ᑭᐅᔭᐅᒥᐊ ᓚᓚᐅᔪᖕᖏᑐᒍ ᓯᑲᓯᑎᓯᓂ ᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ. ᐊᓚᐱᑲᐸᑲᓗᐊᓯᑦ ᐊᑭᕐᓇᒥᐅᑕᓕᐅᐸᓯᑦᓗᐆ. Kino-Québec-ᑯ ᑲᓇᑕᐅᔭᑎᒍ ᐳᓛᑦᑕᐅᐱᕐᒪᑎᒍ ᑲᐸᒦᐱᖅᑯ ᓯᑲᓯᑎᓯᒍᑎᖅᓴᖕᒥᓂᑦ ᐃᓕᕆᒍᒪᔪᐱᓂᐅᓯᑦ ᑲᐅᕆᒥᐊ ᐱᐅᒥᐊ ᓛᖅᓴᓚᐅᔪᖕᖏᑐᒍ.

2007-ᒥ ᐃᓕᓴᐲ ᐱᓕᐅ ᕿᓂᕆᓚᐅᔪᔪᒪ ᐱᒥᐊᑎᑦᑐᓚᐅᔪᐳᖅ. ᐃᓕᓴᐲᒍ ᐊᑐᓂ ᐃᓚᐅᖁᔭᐅᒍᑎᒥᓂᑦ ᑐᔪᑦᑐᓯᑎᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑮᓇᐅᔭᑖᑎᑦᑐᓯᑎᑦ ᐱᒪᓯᐃᓕ ᑭᒪᔪᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᕿᑎᖅᓴᓂ (ᓈᓅᓂᖅᓴᒪᓂ. ᓂᐅᐱᕿᑎᖅᓴᓂ ᓘᓅ ᖁᓚᑐᐃᒍᑎᖅᓴᓂ ᐃᖁᓕᖅᓴᕿᑎᖅᓴᓂ. ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒥ. ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᑎ ᓯᒍᑎᖅᓴᓂᒍ ᐊᑕᓇ ᐅᓕᒪᒥᐊᑲᓂᒥ ᐅᑉᐸᓘᓅ ᐱᕐᕈᐊᓂᒍ ᐱᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ ᐃᖁᓕᖅᓴᓂᒍ ᐱᕐᕈᐊᓂᒍᓘᓅ). ᐅᑐᑲᑕᓯᒪᓪᓗᒍ ᐊᑕᐅᓯᑐᐃᓐᓇᖅ ᐃᓕᓴᐱᑦ ᐃᓚᐅᔪᒪᓚᐅᔪᐳᖅ. ᑲᒥᓯᔪᐊᒥᐅ ᐃᓕᓴᐱᒪ ᐊᓴᓂᖅ ᒪᕿᓂ ᐱᓇᓯᐊᑦᑕᐅᔪᒪᔩᓂ ᑐᓯᖃᓚᐅᔪᐳᖅ ᑕᒃᑲᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔪᓂᑦ.

ᑯᐯᒥ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᐱᕈᐃᓐᓇᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᖃᕐᑐᖃᕐᒪᖔᑦ ᐸᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓ

ᐱᒋᐊᕐᑕᐅᒋᐊᖅᓯᒪᓪᓚᐅᕐᓯᒪᕐᓯᓂ. 2004-ᒥ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖃᕐᑎᓗᒍ ᖃᓄᐃᑉᐱᑖᓪᓚᔭᐅᔪᒥᒃ, ᑯᐯᒥ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᐱᕈᐃᓐᓇᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᖃᓪᓚᒫᑦ ᐸᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓᒍᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐊᓯᐅᓐ 2006-ᒧᑎᓐᓗᒍ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᓐᓇᓪᓚᐅᔪᖅ. ᐊᕐᖁᒥ ᓯᕗᓪᓕᐹᒥ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖃᕐᑎᓗᒍ. 312 ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒋᐊᓕᐱᓐ (ᐅᑭᐅᓖᑦ 50-ᓂᑦ 69-ᓄᑦ) ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᑕᕐᖁᑦᑕᐅᔭᐱᓐ. 2006-ᒥ 254-ᐱᓂᐅᕐᓯᑎᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᔪᑦ. ᓯᑉᔮᐅᔫᓂ ᑕᒡᓂ ᐅᓄᕐᓂᕐᒥᑦ ᐊᕐᕌᒍᖁᐃᓐᓇᐱᓐ.

2004-ᒥ 2006-ᒧ ᓄᓇᓕᒥᑦ ᐋᓂᐊᐱᐊᐱᓪᓚᓂ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᑕᕐᖁᑦᑕᐅᑲᑦᑐᐱᓐ

ᓄᓇᓕᒥᑦ ᐋᓂᐊᐱᐊᐱᓪᓚᓂ	ᐊᕐᖁᒧᓪᓚ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᐱᐱᓂᓪᓚᑦ		ᑲᑎᓯᑎᒃ
	2004	2006	
ᑕᓯᐅᔭᕐᔪᐊᒥ	176	108	284
ᐅᖓᕙᒥ	136	146	282
ᑲᑎᓯᑎᒃ	312	254	566

ᐊᓯᐅᓐ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᔪᐱᓐ 85%-ᖏᑦ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᔪᐱᓐ ᖃᓄᐃᑦᑐᐱᓂᐅᕐᖏᑦᑐ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ.

ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᐱᓐ. 2004-ᒥ 2006-ᒧ

ᖃᐅᔨᓴᐅᔪᐱᓐ	ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐱᓐ (%)
ᖃᓄᐃᓐᖏᑦᑐᑦ	501 (88.5)
ᐃᓕᒪᓐᖏᑦᑐᑦ ᐋᓂᐊᕐᒍᓐᓂᐅᓴᖏᑦᑐᒥᒃ ᑭᓪᓕᓃᑦ	37 (6.5)
ᐃᓕᒪᓐᓂᑦ, ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒋᐊᓪᓗᑦ ᓴᓪᓕᐊᐱᓐ	28 (4.9)
ᑲᑎᓯᑎᒃ	566

ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᐱᓐ. 2004-ᒥ 2006-ᒧ ᐅᑭᐅᒥᑎᒍᑦ ᐊᐱᑦᑐᓯᒪᑦᓯᑎᒃ

ᐅᑭᐅᒥᑎᒍᑦ ᐊᐱᑦᑐᓯᒪᑦᓯᑎᒃ	ᐊᕐᖁᒧᓪᓚ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᐱᐱᓂᓪᓚᑦ		ᑲᑎᓯᑎᒃ
	2004	2006	
50-54-ᓂᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ	106	88	194
55-59-ᓂᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ	99	89	188
60-64-ᓂᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ	54	50	104
65-69-ᓂᑦ ᐅᑭᐅᓖᑦ	53	27	80
ᑲᑎᓯᑎᒃ	312	254	566

2006-ᒥ, ᑫᓪᑯᕐᔪᒍᑏᑦ, ᐃᑦᑫᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑏᑦᑐ ᑫᓪᑯᕐᒥᐊᓪᓚᕈᑏᑦᑐ ᓅᓪᓕᑎᑦᑕᐅᓚᐅᔪᖅ ᐊᑐᐊᓖᐱᓐᓂᑦᑐ ᐃᓚᑉᑎᑦᑕᐅᑦᓯᑎᒃ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᒍᑎᓴᓂᒃ ᑯᐯᒥ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᐱᕈᐃᓐᓇᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᖃᓪᓚᖕᒫᑦ ᐸᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓᓄᓪᓕᕐᒪᔪᓂᒃ. ᓯᓕᓗ, ᐊᖏᕐᓯᒪᐅᑏᑦ ᐃᓄᑦᑑᓕᑎᑦᑕᐅᑯᔭᐅᒪᑦ ᐃᓄᑦᑑᓕᑎᑦᑕᐅᓚᐅᔪᖅ. 2007-ᒥ, ᐃᓄᐃᔪᐊᒥᐅᑦ ᑰᔪᐊᕿᐱᒻᒥᐅᓗ ᐊᒪᓗ ᐅᒥᐅᔭᒥᐅᑦ ᐊᓯᐅᓐ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒋᐊᑐᕈᓐᓇᑎᑦᑕᓚᐅᔪᖅ. ᑖᒃᑯᓇᓂ ᓄᓇᓕᓂ, 85 ᐊᓯᐅᓐ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᑕᕐᖁᑦᑕᐅᑲᑦᑕᓚᐅᔪᖅ. ᐅᑕᖅᑮᓐᓇᒍᑦ ᑯᐯᒥ ᐃᖁᐊᕐᓚᒥᒍᑦ ᐱᕈᐃᓐᓇᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᖃᓪᓚᖕᒫᑦ ᐸᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᖓ ᓴᖅᑭᓂᑦ ᓄᓇᓕᓂ ᐊᓯᖏᓂ.

ᑲᔪᓯᔭᐅᓂᖓ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓯᑦ ᖃᓄᐃᓪᒪᖔᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᓱᓇᐃᓐᓄ ᖃᓂᒪᓯᑕᐅᓲᒧᒪᖔᑕ

ᓇᐅᓕᕐᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒧᑦ ᒪᓕᒐᖅ ᐅᑲᐅᓯᖅᑕᑲᐳᖅ ᑲᔪᓯᔭᐅᒋᐊᑲᓖᓂᖓᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᒋᐊᑲᕐᓂᖓᑕ ᑲᓄᐃᓪᒪᖔᑕ ᓱᓇᐃᓐᓄ ᑲᓂᓪᒪᓯᑕᐅᓲᒧᒪᖔᑕ ᓄᓇᕕᒥᐅ "ᑲᓄ ᐱᕆᐊᑐᐱᓂᐅᓪᒪᖔᑕ ᐱᒍᔭᐅᓯᐊᕈᓇᓯᒍᓐᓂ ᓄᓇᕕᒥᐅ" (R.S.Q., Ch. S-2.2, section 4). ᐊᓯᐊᒍᑦ ᓄᓂ ᑌᒣᒥᒪᑕ, ᓄᓇᕕᒥᐅ ᐸᕐᓂᑕᐅᓯᒪᔪᓂ ᒪᓕᒃᐸᑐ (ᑲᑐᑦ ᐋ ᑲᑎᒋᑦᑕᐅᓂᖓ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖓᑕ ᓄᓇᕕᒥᐅ ᑲᓄᐃᓪᒪᖔᑕ ᓱᓇᐃᓐᓄ ᑲᓂᓪᒪᓯᑕᐅᓲᒧᒪᖔᑕ). ᓇᐅᓕᕐᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᒥ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᖅ ᓄᓇᕕᒥ ᓇᒥᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᓴᓕᐅᕐᓂᒥᒃ ᐸᕐᓂᖕᔭᑎᒍᑦ, ᐊᓯᐊᒍᑦ ᐱᒪᒍᐊᕐᒥᑎᒍᑦ, ᑲᐅᔨᓴᕐᓂᖅ ᐃᓚᐅᑎ ᓯᒍᑕᐅ ᓯᐊᑎᒍᑦ ᓄᓇᕕᒨᓕᖅᑲᓂ, ᐱᐅᓯᐅᑲᑕᓯᒪᔩᓕᖅᑲᓂ, ᒪᑭᑕᒪᓯᐊᓂᒨᓕᖅᑲᓂ, ᐃᒫᓯᒨᓕᖅᑲᓂ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᖅᑯᓯᖏᓐᓂᖅᑲᓂ. ᐱᓇᓱᑲᑎᒃᐸᑐᑦ ᓄᓇᒥ 18-ᒥᑦ ᓇᓄᓐᑯᑕᓕᒥᒃ.

ᑐᓴᐅᒪᑎ ᓯᒍᑕᐅᒥᐊᑲᔩ (MADO) ᐋᓐᓂᐊ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᐊᒍᑦ ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᒥᐊᓖ

ᑐᓴᐅᒪᑎ ᓯᒍᑕᐅᒥᐊᑲᔩ ᓄᓇᓕᓕᓐᓂ MADO ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᒥᐊᓖ. ᐱᓗᐊᑐᖅ ᓄᓕᐊᓂᒃ ᐁ ᑐᑐᑕᐅᔾᔫᓕᖅᑲ ᐋᓐᓂᐊ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᒃ ᐁ ᑐᑐᑕᐅᔾᔫᓕᖅᑲ. ᐊᓚᓯᒪᔪᑦᑐᑎᑕᐅᓯᒪᓕᒃ. ᑭᒥᕈᔭᐅ ᓯᐊᓇᐊᓯᑎᓗ ᒪᓂᔭᐅᓯᒪᓯᑎᓗ ᑲᑎᒪᔩ ᑲᑎᒪᓂᑲᑎᒍᑦ ᐅᑭᐅᒥ 2006-ᒧᑎᓗᒍ. ᑭᒥᕈᔭᐅ ᓯᐊᓇᐊᓖᑐ ᑲᐅᔨᒪᔭᐅᒥᐊᓖ (ᑲᒥᑦ ᐱᔭᐅᔪᐱᓐ) ᐊᖕᒎᒥᓚᒪᔭ ᑎᓂ. ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᐸ ᓕᐊᓕ ᑐ ᑲᔪᓯᔭᐅᓚᒪᓯᓂᓗ ᐊᓯᐊᒍᓂ ᑲᑎᓯᐃᓂᐅᓗᓂ ᑭᑎᑕᐅᓯᒪᐅᑎᓂ, ᐅ ᑐᖃᐅᑎᒥᓯᒥ ᑲ ᓯᐅᒪᒪᖔᑕ ᐃᓅᒍ ᓂᓯᒪᔪ, ᐃᓅᓕ ᑐᐱᓐ ᓗ, ᐊᓯᐊᒍᓗ.

ᓅᓕᑎᓯᒪᔪ ᓄᓇᕕᒥᐅ ᑲᓄᐃᓪᒪᖔᑕ ᖃᐅᔨᒪᐅᑏ, ᐊᓚᒍᑎᓂ ᐱᓯᒪᔪ (ᑯᐯᒥᐅ ᑲᓄᐃᓪᒪᖔᑕ ᑲᐅᔨᒪᐅᑎᓴᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓐᓂ, 2006) ᐊᑐᐃᓇᕈ ᐋᒍᑎᐱᓐ ᓄᓇᕕᒥ ᐊᐅᓚᓯᕈᓗᑲᓂ. ᐱᓇᓱᑲᑎᒌᓂᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑎᓂ. ᐱᓇᓱᑲᑎᑲ ᓯᐊᒥ ᓯᑎ ᓇᐅᓕᕐᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᒥ ᐱᓇᓱᑎᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫ ᑲᑎᒪᔩᒥᓂ, ᑲᐅᔨᓴᓂ ᐊᓯᐊᒍᓂ ᑲᐅᔨᓴᓂᐅᑲᑕᒥᔪ:

- ᐃᓚᒥᔭᐅᑲᑕᓂ / ᑭᒪᑐᑎᑲᓂ ᑯᐯᑯ ᑲᑎᒪᓂᑲᑎᒍᑦ ᑲᐅᔨᓴᓂ ᐱᒍᒍ;
- ᑲᐅᔨᓴᓂᐅ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖓ (ᑯᐯᒥ ᐊᓯᐋᒥᐊᑕᐅᓂᖓ ᐃᓯᒪᑯ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᒍᐋᓂᐅ) ᐃᑲᔪᓯᒪᐅᑎᐅᓂᖓ ᑭᒍᓂᒪᒍᓗ ᑲᓄᐃᓕᒪᓕ ᒪᒫ ᑲᐅᔨᒥᐊᑕᐅᓂᖓ (ᐅᑲᐅᓯᐅᓂᒪᑕ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᖓ);
- ᑲᐅᔨᓴᓂ ᐊᑭᐊᕿᓕᓇᐅᑎᐅᓯᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᖁᐱᓕᓇᐅᑎᐅᓯᓂ ᐊᓯᐊᒍᓂᓗ ᑲᐅᔨᒪᐅᑎᐅᒍᓇᑐᓂ ᑲᓄᐃᑐᑲᓗᑐᐊᒪ ᓄᓇᕕᒥ ᓄᓇᓕᓂ.

ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᖃᑲᓂᖅ

ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒥ ᐱᓇᓯᒪᓕ ᓄᓇᐱ ᓄᓇᓕᓕᒫ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᒍᐋᓂᓗ ᑲᑎᒪᐋᑯᒥᑕ ᐱᓇᓯᐱᒪᓂ ᐱᓇᓯᑲᑎᑲᕆᐊᑲᑯ ᐊᐋᒦᒥᑐᓂ ᓄᓇᓕᒥᐅᓂ ᐱᓇᓱᐊᑲᑎᒦᓗᑎ ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᖅᑲᓂ ᓄᓇᕕᒥᐅ ᑭᒨᒪᔭᒥᑎᒍ. ᑖᓇ ᐱᓇᓯᑎ ᐃᑲᔪᓯᒪᒥᐊᑲᒥᔪ ᓄᓇᕕᒥ ᐋᓂᐊᐲᓂ ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᖅᑲᓂ ᑎᓕᔭᐅᒪᐅᑎᒥᓂ ᐱᓇᓱᐊᑎᒍᑦ.

ᑖᓇ ᐃᓂᐅᔪ ᐃᓄᓯᒪᒥᒍᑭᓇᓚᐅᔫ ᐊᖁᓕᒫᒍᒥᑐ. Amanda Graham ᓄᑲᓚᐅᔫ ᐱᓇᓯᒪᒥᓂ ᐊᐅᒍᓯᑎ 2006-ᒧᑎᓗᒍ. ᓇᑯᒦᕿᐊᑕᐳ ᐱᓇᓱᐊᓯᐊᑲᑕᓚᐅᔪᒪ ᓄᓇᕕᒥ. ᑖᓇᓗ ᐱᓇᓯᒪᒪ, ᔭᓄᐊᕆ 2007 ᓄᒍᐊᓂ ᐃᓄᓚᐅᔪᓯᓂ, ᓅᑕᐅᓯᒪᓕᒥᔪ ᐸᓅᓂᓄ ᐱᔭᓴᓕᕆᓂᓄᓗ ᐱᓇᓯᐱᒥ ᓇᐅᓕᕐᓂᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᒥ ᐱᓇᓯᐱᒍ.

ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔪ

- ᓄᓇᕕᒥ ᕓᓇ ᓯᐱᓂ ᐊᐅᓗᑌᓕᒪᒍᑎᓴᓂ ᐱᓇᓱᐊᓂ: ᑖᓇ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᔪᓴ ᐱᓇᓱᐊᑲᑎᒋᒍᑕᐅᔪ ᑲᑎᐱ ᓄᓇᓕᓕᒫ ᑲᐸᒪᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᓚᐫ ᐃᓕᓂᐊᐱᔦᐊᓗ. ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᐊᑕᐅᓂᒪᑎᒍ. ᐃᓕᓵ ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᖅᑲᓂ ᐃᓕᓴᑐ ᓚᐫ ᐃᓕᓂᐊᐱᔦᐊᓗᓂ ᐊᐅᔭᒥ ᐱᓇᓱᐊᐳ ᑕᑭᓂ ᐱᒪᓯᑐᓚᒪᓯᓂ ᕓᓇ ᓯᐱᓂ, ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᖅᑲᓂ ᐃᓕᓴᒍᑎ ᓴᓕᐅᓗᓂ, ᐊᓯᐊᒍᓂᓗ ᐱᓇᓱᐊᒥᓯᓂ.
- ᐃᑲᔪᓯᒪᓂ ᑲᑎᐱ ᓄᓇᓕᓕᒫ ᑲᐸᒪᓂ ᐃᓕᓴᐅᑎ ᓴᓕᐅᑎᓗᒥ ᓄᑕᐅᓯᓕᑐᐃᑎᓗᒥᓗ ᓂᕆᓯᐊᕆᐊᑲᓂᒨᓕᖅᑲᓂ.

- ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓅᓕᕐᒪᔭᓂᑦ ᐃᓕᓴᐅᑎᑦᓴᓕᐅᕐᓂᖏᑦ ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔭᓂᑦ ᓯᐊᒻᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒧ.
- ᐃᒫᖕᖏᑎᑦᑲᓂᒍᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖕ ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔭᓂᑦ ᐋᓂᐊᐲᓂ: ᑕᒪᓐᓇ ᐊᕐᖓᓂ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓯᕙᑦᓕᐊᓯᔪᐱᓂᖕ.

ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦᓴ

- ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒥᒃ ᑲᐅᔨᒪᑦᓯᐊᓕᕐᓂᖕ: ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᑐᓴᕋᑦᓴᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓅᑦᑕᐅᒍᒪᔪᑦ ᑯᓕᓐᓂᒧ ᓯᑕᒪᓄᑦ. ᐱᕐᒪᔪᐊᑦ ᐊᑐᐊᒪᖕᖑᑎᑕᐅᓚᐅᑦ 2007-ᒥ ᑲᕐᒪᑦ ᓯᐊᕿᐊᖕ.
- ᓂᐅᕕᕕᑎᒍᑦ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᓂᖕ: ᐱᓇᓯᑲᑎᒥᓄᒥᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᑦᓂᓕᕆᐹᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓂᐅᕕᕖᑦ, ᓂᑦᓯᐅᕈᓯᑦ ᓂᑦᕿᑖᑦᐱᓅᑦᑲᑕᐅᓛᑦᑐᑦ ᓂᐅᕕᕕᓄᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ.
- ᑲᑲᓛᑦ ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᕐᒪ: ᐊᑦᐲᕐᖕᖕᒥᑐᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᓛᑦᑐᒍᑦ ᑲᑲᓛᑦ ᓂᕆᑦᓯᐊᑦᑕᑦᑯᓗᒥᑦ, ᐅᑦᑐᖃᐅᑎᒥᑦᓯᒍ. ᐃᑲᔪᑦᓯᒪᔭᐅᑎᑦᑕᓗᒥᑦ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑲᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᑦᓇᑐᓂᑦ ᐊᑐᐃᑦᓇᐅᑎᑦᓯᑲᑦᑕᓂᖕ.
- ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔪᑦ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐃᓄᑦᑎᑑᑦᑐᑦ: ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᕆᓴᐅᔩᑦ ᑲᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᑦᓇᑐᑦ ᓇᑦᓕᐊᒍᓪᒪᖕᒫᑕ.
- ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᐃᓕᓴᑦᑕᐅᓂᕐᒪ ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔭᓂᑦ.
- ᑲᐅᔨᒪᓴᐅᑎᑦᓯᓂᖕ ᑲᓄᐃᖕᖕᒥᓯᐊᑦᓇᑐᓂᑦ ᓂᕆᑲᑦᑕᕆᐊᑦᑲᓂᒥᑦ: ᑐᓴᐅᑎᑦᑯᑦ, ᐊᑭᑦᓇᒥᐅᑕᑎᒍᑦ, ᑲᑎᒪᓂᑎᒍᑦ.
- ᑲᔪᓯᓂᖕ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᒥᐊᑦᑲᓂᕐᒪᓂᑦ ᐊᐅᓪᓗᑌᓕᒪᒍᑎᑦᓴᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓂᕐᒥᑦᓂᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᕗᕆᑦᓯᐱᑦᓂ: ᐃᓕᓵᖕ ᓂᕆᑦᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒨᓕᕐᒪᔭᓂᑦ ᐃᓕᓴᑦᑐᖕ ᓂᕆᐅᒥᓴᐅᓛᑦᑐᖕ ᐅᑭᐊᑦᓴᐅᑎᑦᑐᒍ 2007-ᒥ.

ᑭᒍᑎᓐᓂᐊᓂᓕᕆᓂᖕ

ᑕᖅᑯᓂ ᐊᕐᖓᒍᑦᒥ ᑭᒍᑎᑦᓂᐊᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᑦ ᐃᑭᑑᓂᑦᓴᐅᑦᑲᑦᑕᓚᐅᖕᖏᑦ. ᑭᒍᑎᓂᑦ ᓴᓗᒪᓴᕈᑦ ᐊᐅᓴᐅᑎᑦᑐᒍ ᐱᓇᓯᐊᕈᑦ ᓇᓚᐅᔪᒪᑦ ᐊᓯᒥᒥᓴᕐᒪᓗ ᐅᑭᐅᖕ ᐱᓇᓯᐊᕈᑦ ᓇᓚᐅᔪᒥᓯᓂ. ᐱᒍᑦᓴᐅᔫᑦᑌᑦᑐᑦᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᑲᑲᓛᑦ ᐃᓕᓵᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᕗᕆᑦᓯᐱᒦᑦᑐᑦ. ᑭᒍᑎᑦᑲ ᓯᐊᕆᐊᑦᑲᓂᒥᒃ ᑲᐅᔨᒪᓴᐅᑎᑦᓯᒍᑏᑦ. ᑭᒍᑎᓂᑦ ᐊᒥᐊᑦᓯᒍᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓂᕈᒦᑦᑯᑏᑦ ᐊᑑᑎᓴᐅᑎᑕᐅᑦᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ ᑭᒍᑎᑦᓯᐊᑭᑑᒍᑎᖕ.

ᑭᒍᑎᑦᓂᐊᑎᓂᑦ ᐱᓇᓯᑎᑦᑲᓂᖕ ᐱᐅᑦᑯᑎᑦᓴᑦᓯᐊᕐᒥᕐᓂᒧ ᐃᓯᒫᓗᒥᓴᑦᓴᐅᓕᑦᑯ. 1985-ᒥᓂᑦ, ᐊᓯᕐᕈᒥᐊᑦᓂᑲᑦᓯᒪᕐᖕᒥᒪᑕ ᐱᓇᓯᑎᑦᑲᓂᒧ ᐱᐅᑦᑯᑎᑦᓴᑦᑲᓂᒧ, ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᑦᓯᒪᓕᑎᓗᒥᑦ 75%-ᒧᑦ ᐃᓄᐃᑦ. ᑯᕖᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖓᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖓᓄᑦ ᑐᑦᑲᑦᐱᑯᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᑦ ᓄᐃᑦᓯᑲᑦᑕᓚᐅᔪᑦ. ᑐᖓᓚᑦᑲᓯᑎᑦ ᐋᑦᑭᓯᐃᓂᒥᑦ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᔪᐊᕈᑎᑦᓴᓂᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᑲᓄᐃᑑᓕᒪᓖᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒫᖕᖏᕈᑎᑦᓴᓕᐅᑦᑲᑦᑕᖕᓴᑦᓗᑎᑦ ᑭᒍᑎᑦᓂᐊᑏᑦ ᐱᑦᓗᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᐅᑦᑯᑎᑦᓴᓗᑲᑦ ᐱᒍᑦᔪᑎᑦᓴᑦ ᐃᓄᑦᓂᑦ ᐱᑦᓗᒥᑦ.

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ

ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓯᔨᐅᑉ ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖏᑦ

ᑕᑉᐸᓂ ᐊᕐᕿᒍᒥ, ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓂᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐊᑦᓚᐱᓪᒥ ᐊᑦᔨᒦᑦᑎᑐᑦ ᐱᕙᓯᐊᕐᑕᐅᑲᑕᓚᐅᔪᑦ. ᓄᓇᐱᓪᒥ ᐋᕐᓂᐊᓂᕆᓇᐱᕐᓂᑦ ᐃᑲᔪᕐᓯᒪᑲᑕᓯᑎᑦ (ᐋᕐᓂᐊᐲᕐᓂᑯ, ᐋᕐᓂᐊᐱᐊᐱᕐᓂᑯ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᐱᓪᒥᐅ ᐋᕐᓂᐊᐱᕆᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᐱᒍᔭᐅᐱᕐᒪᓂᑦ). ᐊᑦᓚᐱᐳᑦ ᒪᕆᒥᐊᑲᓯᒍᓪᒥᔪᖅ ᑯᐯᓪᒥ ᐃᓗᓯᕆᓇᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᑦᑲᑕᐱᑐᕐᒥᑦᑕ ᒪᕆᒪᕆᐊᓇᓯᒪᔭᕐᒥᓂᑦ. ᐱᓗᐊᑦᑐᖅ ᑮᓇᐅᔭᓅᕆᓪᓚᑎᑦᑐᒥᑦ, ᒪᑯᐊ ᐱᕙᓯᐊᕐᑕᐅᑲᑕᓚᐅᔪᑦ:

- ᓄᓇᕆᕆᓖᓂ ᑲᑎᒪᔩᑦᓴᓂᑦ ᓄᐃᑦᓯᕆᓚᐅᕈᑦ ᑮᓇᐅᔭᕆᓇᓂᖅ ᐱᑦᑐᒍ ᐱᕙᓯᐊᕐᑕᐅᑎᑦᓯᔪᑦᓴᓂᑦ ᓯᕗᕆᓚᐅᔭ ᐅᒥᐊᕆᑯᑎᑦᒥᑦᓂᑦ ᑯᐯᓪᒥ ᐃᓗᓯᕆᓇᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᑦᑲᑕᐱᑯᑦ, ᓄᓇᐱᑦ ᓄᓇᕆᕆᓖᑦ ᐃᓗᓯᕆᓇᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦᒥᑦᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᐱᓪᒥ ᐋᕐᓂᐊᐲᑦ;
- ᓄᑖᓂᑦ ᑲᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᑮᓇᐅᔭᕆᓇᐅᑎᑦᓴᑦ ᐊᑐᑦᑕᐅᔪᑦᓴᕆᐊᒍᓯᒪᕆᒥᔪᑦ ᐱᑦᓯᐊᑕᐅᑲᑕᑯᓯᒋᑦ ᑮᓇᐅᔭᓂᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᑦᓴᑦ;
- ᐊᓯᑦ ᐱᕆᒥᐊᑦᑕᐅᓂᑦᒥᔪᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᑦᑲᑦᓂᒍᑦ ᒪᕆᒃᑦ ᐃᓚᖏᑦ.

ᐊᒻᒪᓗ, ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓂᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐊᑦᓚᐱᓪᒥ ᐱᓇᓯᐊᑲᑕᐅᔪᒥᑦᑕ ᐱᓇᓯᑦᑏ ᐃᓗᓴᕐᒋᖅᑐᕆᓪᓚᓯᓂᑦ. ᐊᑉᐸᑎᑦᓗ ᐱᖓᓯᔪᑐᐃᓗ ᐃᓗᐃᑦ ᓴᓇᔪᐅᓖᒥᑦ ᓄᓇᐱᑦ ᓄᓇᕆᕆᓖ ᐃᓗᓯᕆᓇᓂᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᑦᒥᑦᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᕐᓂᐊᐲ ᐱᓇᓯᑦᑎᖅᒥᑦᑕ ᐃᓗᓴᕐᒥ ᓄᓇᐱᓪᒥ, ᓯᕆᓗ, ᐊᑦᓚᐱᐳᑦ ᐊᑭᕆᓵᑲᕐᒥᕐᓈᑐᓪᓗᐊᖅ, ᓄᓇᐱᓪᒥ ᐱᒍᑦᔨᓇᒥᐊᕆᒥᓂᑦ ᑲᔪᓯᑐᐃᓐᓇᕆᓪᓚᐳᑦ.

ᓴᓚᓯ ᒍᐊ

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᖅᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ

ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔩᑦ ᑲᒪᔨᒃᑲᓇᐊᒃᐳᑦ ᐊᒡᒍᑕᐅᒥᐊᒃᓂᕐᒥᓂᒃ ᐊᐅᓚᑕᐅᒥᐊᒃᓂᕐᒥᓂᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑐᖓᕕᕐᒥᑦ. ᐸᑦᓯᑕᐅᒥᐊᒃᓂᕐᒥᓂᑦ ᑐᔅᓴᒪᒃᑕᐅᑎᒍᑎᔅᓯ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕐᒥᓂᓗ ᐃᓗᓕᕆᓂᐅᑦ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐃᓗᑯᑎᕐᒥᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᖏᓐᓂ: ᐅᕐᕙᒐᕐᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᕐᕙᑕᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓕᑦᓯᐱᒃ ᐋᓐᓂᐊᐱᕐᕙᑕᓗ. ᑕᒪᒃᑯᓂᕐᕙ ᐱᓇᓱᐊᕐᒥᓗᑎᒃ ᑕᑯᓂ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥ ᐃᑉᐱᒍᓱᑦ ᓯᐊᕆᐊᖅᓱᒍᒻᒥᔪᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕖᑦ ᒪᓕᒐᕐᒥᑦ ᒃᓄᐃᓘᑉᓯᕐᒥᓗ ᖁᓯᒥᔭᐅᑦᓯᐊᕋᓗᐊᕐᒪᕐᓖᑦ.

ᑖᓐᓇ ᐱᓇᓱᐃᑦ ᑲᒪᔨᒃᑲᓇᐊᒃᒥᔪᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᒡᒍᑕᐅᒥᐊᒃᓂᕐᒥᓂᒃ ᐊᑭᓕᑦ ᓵᑉᐹᓐᓇᐅᑏᑦ ᑭᒍᓂᕐᒪᒍᑦ ᒃᑲᐅᔨᒥᐊᑉᑎᒥᒃᑕᓗᒥᑦ ᐋᓐᓂᐊᐲᑦ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓂᕐᒥᓂᒃ. ᑮᓇᐅᔭᒃᑎᓯᒥᐊᒃᓂᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᑎᑦᓴᒥᓄᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᓕᐊᓇᓯᒪᔭᕐᒥᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᐲᑦ. ᑕᕝᕙᓂ ᐱᓇᓱᐊᕐᒥ ᐊᐅᓚᑕᐅᓲᒍᕐᒥᔪᑦ ᐊᑦᑕᑐᑉᒪᐅᑎᑦ. ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᑦ ᐃᓗᓕᕆᓂᐅᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕐᒥᓅᓕᕐᒪᔪᑦ ᐃᓗᓕᒃᑲᓐᓇᐳᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᒡᒍᑐᑕᐅᒥᐊᒃᓂᕐᒥᓂᑦ ᐊᐱᑦᑐᑕᐅᒥᐊᒃᓂᕐᒥᓂᓗ ᓄᑕᐅᓯᓕᑦᑐᐃᒍᑎᑦᓯᑦ. ᐃᓗᓂᑦ ᐊᕐᒍᒪᑦᓯᒍᑎᑦᓯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓯᑦᓰᒍᑎᑦᓯᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᑦᓴᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᐲᓂ ᑕᒫᓂ.

ᐃᓂᓚᕐᒪᐅᓯᕐᒪ ᐱᕐᓗᒍ. ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔩᑦ ᑲᒪᔨᒃᑲᓇᐊᒃᐳᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᐊᐅᓚᒍᑎᑦᓴᕐᒥᓂᑦ ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ. ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᕐᒥᓂᑦ ᑯᐯᑯᓂ ᑮᓇᐅᔭᒃᑎᑕᐅᒍᑎᕐᒥ ᑲᕙᒪᑐᒃᑯᓂᓗ ᑐᖓᓕᐅᑦᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ. ᐊᒡᒍᑐᐃᓂᕐᒥᓗ ᓄᓇᓕᓄᑦ ᑮᓇᐅᔭᑐᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐅᑐᖏᐅᑎᒥᑦᓯᒥ ᑮᓇᐅᔭᑐᕈᑎᑦᓯᑦ ᐃᓯᐊᑦᓯᐱᒃ ᒪᒥᓴᐱᐅᑦ, ᐊᓐᓂᑦ ᐃᑲᔪᑕᐅᕙᕐᒥᑦ, ᐃᐱᑎᓯᐋᓗ, ᐊᓯᕐᒥᓗ. ᐊᓪᓚᕕᒃ ᑲᒪᔨᒃᑲᓇᐊᒃᒥᔪᖅ ᐊᒡᒍᓕᑦᓯᓂᕐᒥᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑏᑦ ᐃᓗᕐᒥᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥᑦ.

ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᓂᖅ

ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖓᑦ ᑐᒃᑕᑦᐱᑯᑦ ᐊᕐᒥᑭᑎᒃᑲᓚᐅᔪᐳᑦ ᑲᑎᑦᓯᑎᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦᑐᑭᑎᑦᓴᓂᑦ $94.4-ᒥᓕᐊᓂᑦ ᓄᓇᐱᒻᒧᓕᕐᒪᔪᓂᑦ 2006-2007-ᒥ ᑮᓇᐅᔭᑦᑐᓂᕐᒪᓄᑦ ᐊᖁᒍᒥ, ᐃᓚᐅᑎᓐᓇᒥᑦ ᐃᓗᔪᐊᓖᓕᕐᒪᔪᑦ. $89.8-ᒥᓕᐊᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦᑑᑎᑦᓯᑦ ᐊᒻᒪᓗ $4.6-ᒥᓕᐊᑦ ᒃᑳᕐᒥᐅᑎᒍᓐᓇᐅᑏᑦ.

ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑐᖓᕕᕐᒥᑦ ᐊᑦᒍᑕᐅᓯᒪᓂᕐᒥᑦ	2005–2006 ($ ᒥᓕᐊᑦ)	2006–2007 ($ ᒥᓕᐊᑦ)
ᐋᓐᓂᐊᐲᑦ		
ᐃᓅᓕᑦᓯᐱᒃ ᐋᓐᓂᐊᐱᒃ	26.4	33.8
ᐅᕐᕙᒐᕐᒥᐅᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᕐᕙ ᑐᓚᑦᑕᐱᒃ	29.8	28.4
ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒥ ᑐᖓᓕᐅᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ		
ᐃᓪᒪᑲᐅᑎᑦᓯᓕᑦ ᐃᓪᒪᑲᐅᑎᑦᓴᒃᑯᕐᒥᑐᐃᓗ ᐱᕙᑦᓕᒍᑎᑦᓯᕐᒥᑦ *	17	19.6
ᐊᓯᕐᒥᑦ	1	0.5
ᓄᓇᓕᒻᒥ ᑎᒥᒍᑏᑦ		
ᐅᐱᒃᑫ ᐃᓗᒍᑎᕐᒥᑦ	3.3	3.4
ᐊᓯᕐᒥᑦ	2.1	2.1
ᓴᓂᕙᑕᐅᓯᒪᔪᑦ – ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔪᓴᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᒥᐊᓕᓐᓄᑦ ᓯᓚ	1.4	2
ᑲᑎᑦᓯᑎᑦ ᑮᓇᐅᔭᒃᑎᓯᒍᑕᐅᓯᒪᔪᑦ	81	89.8

* ᒥᔅᓴᐅᔅᓯᑕᐅᓯᒪᔪᑦ – ᐋᓐᓂᐊᐲᓄᑦ ᑐᔅᓴᒪᑎᑕᐅᓯᐊᕐᒥᓂᒍᑎᓄᑦ

2006-2007-ᒥ, ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄ ᑐᖅᑲᑕᐅᑉᐱᑦᔨᒥ ᐊᖏᕈᑎᖃᓪᓚᐅᕗᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᑳᒥᐅᑎᒍᑦ ᓇᐅᑎᓂᒃ $4.6-ᒥᓕᐊᓂᒃ ᐋᕐᓂᐊᕖᕐᓄᑦ ᑕᒪᑦᓅᓕᕐᒫᖓᓂᒃ. ᑭᓯᐊᓂᓕ, ᑲᑎᑦᓯᑎᑦ ᐊᑭᓕᖅᓲ ᐅᓄᓂᖅᓴᓕᓐᓇᐅᓂᐊᕐᑐᓐᓇᔭᐅᖅ ᐊᖏᕈᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑳᒥᐅᑎᒍᑦ ᓇᐅᑎᓂᒃ.

ᐊᐅᓚᑦᓯᔪᑎᑦᓴᑦ ᕿᓇᐅᔮᑦ

2006-2007-ᒥ, ᐊᐅᓚᓯᓂᕐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄ ᐱᓇᓱᐊᕐᐱᒃ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄ ᑐᖅᑲᑕᐅᑉᐱᑦᔨᒥᓂ ᐊᐅᓚᓯᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᕿᓇᐅᔭᑐᕋᒋᑦ ᓴᑖ ᑎᑦᑕᐅᓚᐅᔪᖅ $4.4-ᒥᓕᐊᓂᒃ. ᓯᓚᑐ, ᐊᐅᓚᓯᓂᕐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄ ᐱᓇᓱᐊᕐᐱᒃ ᕿᓇᐅᔭᑐᕋᒋᑦ ᓴᒃᑎᓯᔾᔪᑎᒥᔨᓂ ᐱᓇᓱᐊᕐᐱᓂᒃ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃ: ᑲᒪᔨᒪᓇᐅ ᐊᓪᓚᐱᑦᑕᓂᒃ, ᐸᓐᓂᓄᓐᓄ ᐱᔭᕐᓴᓕᕆᓂᓄᓐᓄ ᐊᓪᓚᐱᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᐱᒥᑦ.

ᑐᕌᒐᓕᐅᖅᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᕿᓇᐅᔮᑦ

ᑕᐱᑯᐊᒍᓚᓗᐊᕐᒥᑎᑦᓗᒥᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔪᑎᑦᓴ ᕿᓇᐅᔭᑦ, ᓄᓇᐱᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄ ᑲᑎᒪᔩᑦᒥᑦ ᕿᓇᐅᔭᑐᕋᒋᑦ ᓴᑖ ᑎᑦᑕᐅᓯᒪᒥᑦᐳᑦ 2006-2007-ᒥ ᑐᕙᕐᓇᑐᑦᑯᑦ ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄ ᑐᖅᑲᑕᐅᑉᐱᑦᔨᒥᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᑦᓚᐅᖅᑐᓂ ᕿᓇᐅᔭᑲᑦᑎᑕᐅᔪᑎᑦᓴᓂ $19.6 ᒥᓕᐊᓂᒃ ᐊᑦᔨᖁᑦᑎᒋᑦᓗᓂ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᑦᓴᐅᑎᑦᓗᒥᑦ.

ᐃᓪᓗᖅᑲᖅᓂᒧᑦ ᕿᓇᐅᔮᑦ

ᓄᓇᐱᒃᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᐱᒃ ᕿᓇᐅᔭᑲᑎᔨᓯᒪᑦᒥᔪᖅ $2.7 ᒥᓕᐊᓂᒃ ᐊᑦᔨᖁᑦᑎᒋᑦᓗᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᒧᑐᓕᕐᒫᖓᓂᒃ ᐊᔨᑦᔪᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᑦᑯᑎᓂᒃ, ᐊᕐᒍᒪ ᓯᔭᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᓄᑕᐅᓯᓕ ᑐᐃᒍᑎᑦᓴᓂᓗ ᐃᓪᓗᑯᑎᒥᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᕐᓂᐊᓯᐅᕆᒍᑎᑦᓴᓂᒃ.

ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᔪᑎᖏᑦ ᑐᕌᒐᓕᐅᖅᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

ᒥᓯᐅᕝᓴᓯᒥᑦ $4.7 ᒥᓕᐊᓂᒃ ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᓐᓂ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᑎᑕᐅᔪᐱᓐᓂ. ᑯᐯᒃᑯᓐᓂ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᑎᑕᐅᒍᑏ ᑐᕌᒐᓕᐅᖅᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐅᖃᕐᔪᑎᖓᓂ, ᑐᓂᔨᖃᑕᐅᓂᒧᑦ ᐊᑐᕐᑲᑎᒋᔫᑏ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᓄᐃᑦᑐᕆᔭᐊᓂᓕᕆᔨᒃᑯᓐᓂ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓄᓕᕆᔨᑐᖅᑲᒃᑯᓐᓂ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᑕᑎᑕᐅᔾᔪᑎᒋᔪᖅ. ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓯᓕᓂᖓᓂ, ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃ ᐅᑎᖅᑎᑦᓯᔾᔪᑎᒋᔪᖅ ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓗᐊᓂ ᐊᑐᖅᑕᐅᒥᐊᓚᓂᖅᑐᒥᑦᓗᓂ.

ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᓗ ᐱᕐᑯᑎᓕᕆᓂᕐᓗ

ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᕐᑯᑎᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐅᐸᓲᒣᓐᓇᓲᒍᒪᒥᒃ ᐅᐸᓲᒪᔪᒪᓇᐅᕐᑲᑦᑕᐅᔭᕗᐊᓲᑦ ᐊᕐᖑᓚᐅᕐᑐᒥ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑯᕐᒥᑎᒍᑦ ᐊᑦᑐᐊᑦᓯᑦ ᐊᕐᒥᕐᑕᐅᓂᕐᑲᓚᐅᔭᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᓚᕐᒥᓪᓗ ᐅᓄᕐᓯᒥᐊᑦᑕᐅᓯᑎᒃ ᐊᑦᑐᐊᑦᓯᑦ ᐃᓪᓗᓂᒃ ᓴᓇᒥᐊᓪᓛᕆᑎᑦᓴᐅᓗᑎᒃ, ᐋᓐᓂᐊᕖᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᕐᒥᓐᓂᒃ ᐊᑯᓅᑦᑐᒥᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒪᕐᒥᐊᕐᑲᔩᑦ ᓇᔨᕐᒥᓐᓂᒃ ᓄᑕᐅᓯᓕᕐᑐᐃᒍᑎᑦᓴᓂᓪᓗ. ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᕐᑯᑎᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᓇᓱᑦᑏᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᕈᐃᓐᓇᐅᔭᕗᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᒃ ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᓐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕆᒍᑎᑦᓴᑦ ᐱᓪᓗᒥᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᑮᓇᐅᔭᒥᒃᓯᑎᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ, ᐱᓇᓱᒃᑎᕐᒃᑲᓯᐊᓯᑎᒃ ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᒻᒥᒃ ᑐᓕᑦᑕᕕᒻᒥᓗ.

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᕐᖑᒥ 2007-ᒥ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑯᕐᒥᑦ ᐊᕐᒥᕆᑎᕐᑲᐅᔭᕗᑦ ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ $9,000,000.00-ᓂᒃ ᓴᓇᒍᑎᑦᓴᓂᒃ ᓅᑖᓂᒃ ᑯᓕᓪᓗ ᐱᖓᓯᓪᓗᓂᒃ ᐃᑦᓯᒥᑎᑕᓅᓂᒃ, ᑕᓪᓕᒪᑦ ᑐᓕᑦᑕᕕᐅᔪᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᑦᓯᕐᒥᑦ ᑰᑦᔭᐊᒥ, ᐱᖓᓲᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᔪᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᑦᓯᕐᒥᑦ ᑰᑦᔭᐊᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᓪᓕᒪᑦ ᐃᑦᓯᒥᑎᑕᓅᑦ ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᐅᔪᑦ ᐃᓪᓗᕐᑯᑎᑦᓯᕐᒥᑦ ᐳᕕᕐᓂᑐᒥ. ᓴᓇᔪᕐᐲᕆᐊᓕᐅᕙᓗᐊᑦ ᓄᕕᒻᐸ 2007 ᐱᒋᐊᕐᓂᕐᕙᓂ.

ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑎᕐᑲᕐᑕᓛᓕᕐᒥᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑎᒦᒍᑎᕐᑲᕐᓗᑕ: ᓄᑦᑎᑕᐅᓂᑦᓴᕐᕙᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᑦ ᓯᓂᑦᑕᕕᕐᕙᑕ ᒪᓐᑐᕈᐊᒦᑦᑑᑦ.

ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᓕᕆᓂᕐᒃ

ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒃ

ᐅᕐᑲᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᕐᑲᕆᑕᐅᔭᑎᒍᓪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐊᑐᕐᑕᐅᕝᕕᓕᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑯᕐᒃ ᐋᓐᓂᐊᕖᓐᓂ ᑕᒣᓐᓂ (ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᒻᒥᓗ ᑐᓕᑦᑕᕕᒻᒥᓗ): ᑭᓯᐊᓂ ᐊᑐᕐᑕᐅᓲᖑᕋᕐᕐᒥᑐᕐᒃ ᕐᑯᓕᓪᓗ ᒪᕐᕈᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᐱᓐᓂ ᐅᕐᑲᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᕐᒥᑦ ᓈᓪᓚᓈᕐᓯᒪᕐᕐᒥᓪᓚᑕ. ᑯᐯᒃᑯᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᓗ ᐊᕐᖃᔭᕐᕐᑲᐅᑎᕐᒥᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑲᑎᕐᑲᕐᐸᑲᓗᐊᕐᑐᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᐱᓐᓂ ᐅᕐᑲᓚᐅᑎᒃᑯᑦ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᓂᒃ ᓄᑕᐅᓯᓕᕐᑎᓇᕐᖃᓯᐊᕐᓂᒃᑯᑦ.

ᑕᓗᐋᓴᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᓯᒍᑏᑦ ᐃᓕᔭᐅᓯᒪᓕᕐᒥᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᒻᒥ (ᑰᑦᔭᐊᒦᑦᑐᒥ), ᐊᓪᓚᕕᕐᕙᓂᓗ ᑕᕐᖁᒥᐅᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᓯᒪᔪᓕᕆᕙᑦ ᒪᓐᑐᕈᐊᒦᑦᑐᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓪᓚᕕᕐᑯᑎᕐᒥᓐᓂ ᐃᓅᓕᕐᓯᕕᐅᔪᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᕙᕐᕙᑕ ᒪᓐᑐᕈᐊᒦᑦᑐᒥ.

ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓕᕆᕕᕐᑲᕐᓂᒍᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᔪᓂ

ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓕᕆᕕᕐᑲᕐᓂᒍᑦ ᐸᕐᓀᑕᐅᔪᓂᒃ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑯᑦ ᒪᓂᔭᕕᐅᓚᐅᔭᕗᑦ ᔭᓄᐊᕆ 2007-ᒥ. ᑖᒃᑯᐊ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓗᓕᕐᑲᕐᑐᑦ ᑐᕐᖃᑕᕐᕕᑎᒍᑦ ᑐᑭᒍᐊᒥᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᑑᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᑎᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦᓕᕐᕙᔪᓂᒃ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒍᓯᕐᓂᒃ, ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᓯᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᕐᑲᓇᑕᐅᔭᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑏᒍᑎᑦᓴᕐᒥᓐᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓯᕐᑲᑏᒍᑎᓇᓐᓂᑦ. ᑐᕐᖓᕐᑲᕐᑐᒍᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒥᐊᕐᑲᕐᓂᒍᑦ ᑭᓐᖑᒪᒋᔭᐅᕙᓕᒫᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕈᓐᓇᓯᓚᕆᒪᑦᓯᑦ ᐊᕐᖑᓂ ᐱᖓᓲᓪᓚᖓᕙᓂ (2007-ᒥᑦ 2010-ᒧᑦ).

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑎᒥᐅᕙᑦ ᐊᑕᐅᓯᕐᕐᑯᓕᕐᑎᑕᐅᓯᒪᕙᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᑦ ᐱᓪᓗᒥᑦ, ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑎᐅᕙᓕᒫᑦ ᐃᓕᑕᓴᕐᑲᕐᕐᑯᑦ ᐱᓪᓚᓇᐅᒥᐊᕐᕙᓂᒃ ᐊᐅᓯᒥᐊᕐᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᕐᓚᑕ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑏᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᕐᑎᓯᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒥᐊᕐᑲᕐᓃᑦ ᐱᓇᓯᕐᑲᑏᑦᑐᑎᒍᑦ: ᐱᓇᓯᕐᑲᑏᑦᑐᑦ ᑎᒥᐅᕙᑦ, ᐱᒍᑦᔨᓃᑦ ᐱᓇᓯᕐᑲᑏᒍᑕᐅᕙᑦ, ᐱᓇᓯᕐᑲᑏᓯᑦ ᐱᓇᓱᑎᐅᕙᑦ, ᐱᓇᓯᕐᑲᑏᒍᑕᐅᕙᓪᓗ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᒥᐊᓃᑦ.

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑎᒥᐅᕙᑦ ᐃᓂᓪᓚᑎᑦᑕᐅᓂᕐᓚ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓂᑎᑎᑕᐅᓂᕆᐊᕐᑲᕐᑕᕐᓚᑕ ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᓂᕐᓚ ᓯᕐᕉᓯᒪᒍᓐᓇᑐᕐᒃ ᓇᓕᕐᑲᕐᑕᐅᒍᓐᓇᓂᕐᒥᓐᓂᒃ ᕐᑲᓇᑕᐅᔭᓕᓇᒍᓯᑦ. ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᑦ ᑐᓴᐅᒪᒍᑎᓕᕆᕕᓚᓂ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᕕᐅᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᐸᑐᑦ ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓂᕐᒥᒃ IRMP ᐸᕐᓀᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᕐᑲᐅᔨᒪᔪᓪᓚᓇᓐᓂᒃ ᐃᑲᔪᕐᑎᕐᑲᕐᓯᑎᒃ.

ᑯᐯᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑏᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑲᑕᐅᕐᑲᑦᑕᓛᕐᑐᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓂᒃ. ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔩᖅᒥᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᓯᕗᓪᓕᐅᕆᒥᐊᕐᓯᒪᔪᑦ. ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᓂᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᑎᑦᓯᒍᑕᐅᕙᓪᓕᕐᑐᖅ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᓕᖓᓂᐅᑦ ᐸᕐᓂᑕᐅᓂᖅᒪᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᕐᑲᕐᓯᒪᓕᕐᓯᑎᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅᒪᓂᒃ ᐃᓗᓯᓕᖓᕕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐋᕐᕿᓯᕐᓯᒪᓂᖓᒥᐊᓕᖅᒪᓂᒃ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᓕᖓᓂᐅᑦ (ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᒦᑦᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅᒪ). ᑯᐯᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑏᑦ ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᓯᐊᒦᑦᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᒪᑕ ᐃᓄᑰᑦᑎᑐᐃᓐᓅ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᖅᒥᑦ ᐅᖅᒍᒪᔭᐅᑦᓯᐊᓇᐊᕐᑲᓯᑎᒃ.

ᑯᐯᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑏᑦ ᐸᕐᓂᑕᐅᔪᓄᑦ ᐃᓚᐅᖁᑦ ᓄᑖᓂᒃ ᐃᓯᕈᑎᑎᒍᑦ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᕐᑲᓂᒥᒃ ᐱᐅᓯᒥᐊᑦᑕᐅᕐᑯᑦᓯᒥᑦ ᑲᒪᒍᓰᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑦᓯᒍᓐᓇᓯᓂᕐᒥᒃ ᕐᑲᐅᔨᓴᐅᑎᕕᓂᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᒪᒥᓴᐅᑎᑦᓴᓂᒃ.

ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᓯᑳᑦᑐᒥᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓕᕈᑎᒃ ᑐᓴᐅᒪᒥᐊᓕᒥᓂᒃ ᐱᒍᑦᕙᓯᐊᕈᓐᓇᓂᕐᓴᐅᕐᑲᑦᑕᓛᕐᑐᑦ. ᑌᒪ ᐊᑐᕐᑏᑦ ᐅᑦᑎᕐᑭᑯᑖᖅᕐᒥᓂᕐᓴᐅᕙᓐᓂᐊᓕᕐᒪᑕ. ᐊᒥᓯᕕᓪᓗᑎᒃ ᕐᑲᐅᔨᓴᑦᑕᐅᖅᒥᓐᓂᓴᐅᕐᑲᑦᑖᕐᒪᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᒪᓇᓪᒧᑦ ᑕᑯᔭᐅᒍᒪᔪᑦ ᐊᑯᓂᐅᓂᕐᓴᒃ ᓇᔪᕐᑕᐅᒍᓐᓇᓯᒪᔭᕐᑎᓗᒥᑦ.

ᐊᑦᑕᓇᑦᑑᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅ

ᐃᓗᓯᓕᖓᕕᓕᒫᒍᔪᓂ ᐋᕐᕿᓯᕐᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓯᔪᑦ ᐊᐅᓪᓚᑦᓯᒍᑎᑦᓴᑦ ᑐᓴᐅᒪᕐᑲᑦᑕᐅᑎᒍᑎᓂᒃ ᑎᒥᕐᑯᑎᒥᔭᖅᒥᓐᓂ ᐃᓗᓯᓕᖓᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᕐᑲᑎᒌᒍᑎᓖᑦ (ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᓯᐊᒍᔪᓂᒃ). ᑑᕌᕐᑲᕈᑕᐅᑦᓯᓂ ᓇᐅᑐᐃᓐᓇᓄᑦ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᒥᐊᕐᑲᖅᒥᑐᑦ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᑎᑕᐅᑦᑌᓕᑦᓯᐊᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᓯᐊᒦᑦᑎᑕᐅᓗᑎᓪᓗ ᒪᓕᓪᓗᒥᑦ ᒪᓕᒡᒋᑦ ᐱᑦᔪᑎᓖᑦ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᒥᐊᓕᓐᓂᐅᑉ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᑲᓂᒥᒃ, ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᓯᐊᒍᕐᑯᕈᑦ ᕐᑲᓇᑕᐅᔭᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑐᓐᓇᓯᐊᕐᑯᑦᓯᒥᑦ. ᐋᕐᕿᓯᕐᑕᐅᓛᕐᒥᔪᑦ ᓯᖅᑯᑲᓪᓚᓂᕐᐸᑕ ᑲᑎᕐᓯᐃᓯᒪᕕᑦᓴᑦ: 2007-2008-ᒥ ᐋᕐᕿᓯᕐᑕᐅᓯᒪᓛᕐᓯᑎᒃ.

ᒪᓕᒋᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᖅᒥᓈᑐᑦ ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᒥᐊᓕᓛᑦ ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᓯᐊᒦᑦᑎᑕᐅᒥᐊᕐᑲᕐᓂᖅᒥᑦ. ᐊᐅᓪᓚᑦᓯᕙᓂᓪᓗ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᓇᓕᓛᑦᓯᑕ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᑎᒥᐅᔪᓂ ᐊᑦᑕᓇᑦᑐᓯᐊᒦᑦᑎᓯᒪᕐᑲᕐᓂᖅ ᐱᒻᒪᕆᐅᒻᒪᑦ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᐅᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

RAPPORT ANNUEL

2006-2007

du 1er avril 2006 au 31 mars 2007

Notre raison d'être

Le bien-être de toute la population du Nunavik

Notre mission

Planifier, organiser, appliquer et évaluer des programmes pour servir notre population

Notre objectif

Améliorer l'état de santé de notre population

Nos valeurs

Autonomie, respect, participation, valorisation de nos ressources humaines et collaboration avec nos partenaires

Table des matières

Le Nunavik – 'Un vaste territoire occupé' 1

Le réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik 3

La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik 4
Le réseau d'établissements au Nunavik 5

Message de la présidente du Conseil d'administration 6

Conseil d'administration 7

Direction générale 9

Message de la directrice générale 9
Département régional de médecine générale 10
Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgences 13
Droits des usagers 14

Direction de la planification et de la programmation 17

Message de la directrice 17
Introduction aux programmes support 18
Services médicaux 19
Services en santé mentale 21
Prévention du suicide 22
Violence familiale et abus sexuels 23
Personnes en perte d'autonomie 25
Organismes communautaires financés par le MSSS 28
Programmes fédéraux 30
Développement des ressources professionnels 32
Programmes pour enfants, jeunes et familles 34
Projet : Guérir ensemble selon nos valeurs et cérémonies traditionnelles 37

Direction de la Santé publique 39

Message de l'assistante à la direction de la Santé publique 39
Protection de la santé publique 40
Prévention et contrôle des maladies infectieuses 40
Programme des infections transmises sexuellement et par le sang 41
Santé et sécurité au travail 44
Promotion de la santé 45
Tabagisme 45
Programme diabète 46
Volet «Kino-Québec» 46
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) 47
Surveillance continue de l'état de santé et de ses déterminants 48
Nutrition 48
Santé dentaire 49

Direction des services administratifs 50

Message du directeur 50
Services administratifs 51
Immobilisations et équipement 53
Système d'information 53

Annexe : Sommaire des États financiers

Nunavik – « un vaste territoire occupé »

La région et son peuple

Nunavik, la région inuite du Québec, est un vaste territoire qui couvre plus de 500 000 kilomètres carrés. Ses zones géographiques comprennent la taïga et la toundra, et ses paysages varient entre montagnes, forêt boréale, innombrables lacs et rivières et haute mer.

Il existe différentes interprétations du mot *Nunavik*. Pour certains, Nunavik signifie « la place où nous avons atterri ». Dans son dictionnaire d'inuktitut, Tamusi Qumak indique que Nunavik signifie « une vaste terre occupée par des animaux ».

Aujourd'hui, le Nunavik compte environ 10 000 habitants, dont 90 % Inuits, vivant dans 14 communautés réparties sur les côtes et le long des rivières : Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq et Kangiqsualujjuaq.

Chaque communauté dispose d'infrastructures municipales ainsi que des services essentiels modernes et adaptés au Nord. Par exemple, les logements et autres bâtiments ont l'eau courante; l'eau provenant de réservoirs locaux est livrée quotidiennement par camion-citerne.

Aucune route ne mène au Nunavik; le transport de passagers et de cargo se fait par avion et par navire.

À l'exception de Kuujjuaq, ces petites communautés sont dispersées le long des 2 500 kilomètres de côtes qui bordent le Nunavik, certaines sur la côte est de la baie d'Hudson, d'autres sur les côtes du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Kuujjuaq se situe un peu plus loin à l'intérieur des terres, en amont de la rivière Koksoak, directement sur la ligne des arbres, à cheval entre la taïga et la toundra. Avec sa population de 2 000 habitants, c'est la plus grande communauté du Nunavik, ce qui en fait aussi le centre administratif de la région.

Malgré la distance qui les sépare, les Inuits, qui sont chaleureux et qui vivaient jadis la vie de nomade, apprécient le contact social. Toutefois, les communautés du Nunavik n'étant pas reliées par des routes, les habitants doivent voyager par avion, par bateau ou en motoneige, selon les saisons, pour se visiter entre eux. Peu importe le temps froid, ces visites font de rencontres chaleureuses.

Comme la population du Nunavik est majoritairement inuite, l'inuktitut est la langue la plus parlée sur le territoire. Par contre, dû à la prépondérance du fédéral dans l'ancienne administration de la région, l'anglais est aussi utilisé couramment, surtout au travail, plus que le français, bien que celui-ci fasse des progrès considérables.

Pour savoir plus sur la région, visiter le site www.nunavik.ca.

Indicateurs de santé chez les Inuits

Les indicateurs de santé chez les Inuits du Nunavik sont peu encourageants comparés à ceux pour le reste du Québec : l'espérance de vie y est inférieure de 16 ans, les taux de mortalité infantile et d'hospitalisation sont quatre fois plus élevés et le taux de maladies infectieuses est très haut. Parmi les causes du taux de mortalité élevé sont les tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les complications reliées au tabagisme et les accidents reliés à la consommation d'alcool. De plus, le taux du suicide au Nunavik est plus que sept fois plus élevé que celui pour le reste de la province : le taux chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans est 46 fois plus élevé, et celui chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans est 23 fois plus élevé.

Le coût de la vie étant beaucoup plus élevé au Nunavik dû aux coûts reliés au transport, il est évalué que 43 % des ménages du Nunavik vivent en dessous du seuil de pauvreté, comparativement à 17 % pour le Québec.

Le Nunavik souffre aussi d'un manque de logement, plus de 500 familles ou individus étant sur une liste d'attente. Bien que la moyenne de personnes par habitation soit de 4,72, il n'est pas rare de voir de 10 à 12 personnes habiter un même logis. Par ailleurs, bien que certains logements comportent cinq ou six pièces, un grand nombre d'entre eux sont plus petits, ce qui contribue à un nombre de personnes par pièce plus élevé pour le Nunavik (0,93) que pour la grandeur du Québec (0,5).

Sources

- Les services de santé et les services sociaux au Nunavik
- Sommaire exécutif, RRSSSN, 2007
- Plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza, mission santé, document de travail, RRSSSN, 2006
- *Rapport annuel 2005-2006*
- Site Internet de l'Institut culturel Avataq

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik comprend la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, le Centre de santé Inuulitsivik (côte d'Hudson) et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (côte d'Ungava).

La *Convention de la Baie James et du Nord québécois* (CBJNQ) et conventions complémentaires ont établi les balises pour le développement des services de santé et des services sociaux sur le territoire du Nunavik. L'organisation des soins de santé et des services sociaux relève du système provincial, mais elle est adaptée aux réalités de la région.

Avec la taille de sa population et ses caractéristiques socioculturelles, le Nunavik est un lieu privilégié où se mêlent curatif et préventif, un endroit où les activités de promotion, de prévention et de protection peuvent s'exercer de la façon la plus harmonieuse et la plus naturelle, tant au niveau de la santé qu'au niveau des services sociaux.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Nunavik correspond à la région sociosanitaire 17. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) gère un budget de près de 100 000 millions de dollars destiné aux services de santé et services sociaux pour la population des 14 communautés.

La RRSSSN emploie environ 45 personnes inuites et non inuites et comprend une direction générale, une direction de la santé publique, une direction de la planification et de la programmation et une direction des services administratifs.

Un conseil d'administration composé de 20 membres chapeaute la RRSSSN :

- 14 personnes représentant respectivement chaque village du Nunavik;
- les directeurs généraux de chacun des centres de santé (Tulattavik et Inuulitsivik) (deux membres);
- un membre nommé par le conseil d'administration de chaque centre de santé à même les représentants élus par les villages (deux membres);
- un membre nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik (ARK);
- la directrice générale de la RRSSSN.

Outre les fonctions directement reliées à l'administration, le conseil est responsable d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux, priorités qui sont soumises à la séance publique d'information que la régie tient annuellement.

La loi prévoit une représentation majoritaire des Inuits sur les conseils d'administration de la régie régionale et des établissements.

Centres de santé

La prestation des services est organisée localement et selon les sous-régions—Hudson et Ungava—et est centrée à deux établissements à vocations multiples, le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujjuaq. Ces établissements poursuivent les missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (15 lits par centre) ainsi que de centre hospitalier de soins de longue durée.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, en partenariat avec la municipalité de Kuujjuaq et l'Office municipal d'habitation Kativik, maintient un foyer de soins infirmiers de 10 places. Un centre de jour pour les personnes âgées existe aussi à Kuujjuaq.

D'autres services comprennent la protection de l'enfance et de la jeunesse, avec deux directions de la protection de la jeunesse, une dans chaque sous-région. Les installations comprennent un centre de réadaptation régional de 14 places à Salluit, deux foyers de groupe sous-régionaux de 8 places chacun à Puvirnituq et Kuujjuaq et un point de service de CLSC dans chacune des 14 communautés.

Le point de service de CLSC de chaque communauté compte une équipe composée de professionnels provenant de différents domaines et disciplines; ces équipes offrent une gamme de services de santé et de services sociaux à la population. La composition de l'équipe varie d'une communauté à l'autre, selon la taille de la population et les fonctions de l'équipe.

Les services de santé de deuxième ligne sont limités au Nunavik. Le recours à des ressources à l'extérieur de la région est la norme pour pratiquement tout examen et tout traitement spécialisés. Certains services sont offerts par les deux centres de santé, notamment par des spécialistes itinérants tels les gynécologues, psychiatres, orthopédistes, etc. Si les services spécialisés ou ultraspécialisés ne peuvent être rendus au Nord, le client est orienté aux ressources situées au Sud, selon l'entente avec le RUIS McGill ou autre entente.

Le Service aux patients à Montréal sert de liaison et de soutien dans ces cas de transfert; il assure la réception, le transport, le logement et les services d'interprétariat ainsi que la liaison avec les établissements au Nord.

Un centre de crise de cinq places à vocation régionale, situé à Puvirnituq, offre des services de deuxième ligne en santé mentale. Les clients peuvent également être orientés vers le CHUM Notre-Dame (deux lits).

Message de la Présidente

Alasie Arngak

Après plusieurs années d'efforts intensifs et soutenus, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est fière d'annoncer que son plan stratégique régional, élaboré en collaboration avec les Centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik, fut terminé au courant de l'an dernier.

Le chemin vers le consensus avec le MSSS sur le plan stratégique régional sera abordé dans un avenir rapproché. Nous sommes confiants que les mesures contenues dans ce plan viendront améliorer la santé et le bien-être social des *Nunavimmiut*.

Le réseau Nunavik ne réalisera les différentes priorités qu'avec l'accès rapide aux ressources humaines, financières et en capital. En fin de compte, le partenariat solide et la pleine implication des instances de chaque communauté et de nos partenaires seront essentiels à la réalisation de notre but commun : une population satisfaite et en santé au Nunavik. Nul entre nous ne l'accomplira tout seul, mais ensemble, nous ne pourrons que réussir.

Enfin, je voudrais souligner la contribution et la conscience professionnelle du personnel du réseau Nunavik. Je voudrais également profiter de l'occasion pour remercier les gestionnaires et les employés de la RRSSSN, au nom des membres du conseil d'administration, de leur volonté et leurs efforts.

Conseil d'administration

Durant l'année 2006-2007, le conseil d'administration a vu de nouveaux membres parmi ceux et celles qui ont été renommés à un autre mandat de trois ans.

Nous remercions tous les membres de leur contribution et de leur engagement, et nous anticipons une étroite collaboration afin d'atteindre notre objectif commun d'améliorer l'état de santé des *Nunavimmiut*.

Composition du conseil d'administration

Avril 2006 au février 2007 :

1.	Argnak, Alasie	Présidente, représentante de Kangiqsujuaq
2.	Oovaut, Johnny A.	Vice-président, représentant de Quaqtaq
3.	Pomerleau, Madge	Membre du comité exécutif, directrice générale, Tulattavik
4.	Weetaluktuk, Eva	Membre du comité exécutif, représentante d'Inukjuak
5.	May, Jeannie	Secrétaire, directrice générale, RRSSSN
6.	Adami, Ainalik	Représentant d'Ivujivik
7.	Annahatak, Christina	Représentante de Tasiujaq
8.	Annahatak, Jaasi	Représentant du conseil d'administration de Tulattavik
9.	Baron, Christina	Représentante de Kangiqsualujjuaq
10.	Cain, Sarah	Représentante d'Aupaluk
11.	Cookie, Paulossie	Représentant d'Umiujaq
12.	Ezekiel, Padlaya	Représentant de l'ARK
13.	Inukpuk, Noah	Directeur général, Inuulitsivik
14.	Kenuajuak, Aisara	Représentant de Puvirnituq
15.	Matte, Peter	Représentant d'Akulivik
16.	Niviaxie, Lizzie	Représentante de Kuujjuaraapik
17.	Papialuk, Peter	Représentant du conseil d'administration d'Inuulitsivik
18.	Pinguapik, David	Représentant de Kangirsuk
19.	Quananack, Eva	Représentante de Salluit
20.	Tagoona, Sara	Représentante de Kuujjuaq

À la séance du 11 décembre 2006, Jeannie May, directrice générale de la RRSSSN, fut renommée secrétaire suivant son retour de congé de maternité. Gilles Boulet a servi comme secrétaire pendant la période du 23 février 2006 au 11 décembre 2006.

Les membres identifiés ci-haut ont tenu trois séances régulières ainsi que l'assemblée générale annuelle ; ils ont adopté 42 résolutions. Le comité exécutif a tenu sept rencontres. Aucune politique n'a été adoptée ni modifiée durant l'année financière.

Composition du conseil d'administration au 31 mars 2007

Février 2007 au 31 mars 2007

Durant la séance du 20 février 2007, les membres du conseil d'administration ont élu parmi leur nombre les personnes suivantes comme membres du comité exécutif :

Présidente :	Alasie Arngak, représentante de Kangiqsujuaq
Vice-présidente :	Madge Pomerleau, directrice générale, Tulattavik
Secrétaire :	Jeannie May, directrice générale, RRSSSN
Membre :	Eva Weetaluktuk, représentante d'Inukjuak
Membre :	Noah Inukpuk, directeur général, Inuulitsivik

1.	Argnak, Alasie	Présidente, représentante de Kangiqsujuaq
2.	Pomerleau, Madge	Vice-présidente, directrice générale, Tulattavik
3.	Weetaluktuk, Eva	Membre du comité exécutif, représentante d'Inukjuak
4.	Inukpuk, Noah	Membre du comité exécutif, directeur général, Inuulitsivik
5.	May, Jeannie	Secrétaire, directrice générale par intérim, RRSSSN
6.	Ainalik, Adami	Représentant d'Ivujivik
7.	Akpahatak, Maggie	Représentante d'Aupaluk
8.	Alayaco, Lucasi	Représentant d'Akulivik
9.	Baron, Christina	Représentante de Kangiqsualujjuaq
10.	Ezekiel, Padlaya	Représentant de l'ARK
11.	Kanarjuak, Saira	Représentant du conseil d'administration d'Inuulitsivik
12.	Kauki, Annie Munick	Représentante de Tasiujaq
13.	Kumarluk, Willie	Représentant d'Umiujaq
14.	Niviaxie, Lizzie	Représentante de Kuujjuaraapik
15.	Oovaut, Johnny A.	Représentant de Quaqtaq
16.	Pinguapik, David	Représentant de Kangirsuk
17.	Quananack, Eva	Représentante de Salluit
18.	Tagoona, Sara	Représentante de Kuujjuaq
19.	Tukkiapik, Charlie	Représentant du conseil d'administration de Tulattavik
20.	Uitangak, Elisapi	Représentante de Puvirnituq

Les membres du conseil ont assisté à une séance régulière et ont adopté une résolution. Le comité exécutif s'est réuni une fois.

Direction générale

Jeannie May

Message de la directrice générale

Je voudrais partager avec vous nos activités pour l'an 2006-2007.

À mon retour de congé de maternité en novembre 2006, il y avait un certain nombre d'exercices en marche à la RRSSSN. À ce moment-là, nous étions aux dernières étapes de notre plan stratégique septennal. Notre personnel, ainsi que le comité chargé de la coordination de l'exercice, ont consacré beaucoup de travail et dédié beaucoup de temps à l'élaboration du plan.

Suivant la volonté du conseil d'administration, notre personnel a organisé des ateliers de guérison et d'intervention communautaire destinés aux communautés ainsi qu'aux employés du réseau de la santé et des services sociaux.

En réponse à une invitation de la Commission parlementaire sur les Affaires sociales de participer à une audition, et avec le soutien du personnel de la régie, un état de situation portant sur le réseau sociosanitaire du Nunavik fut élaboré. Malheureusement, cet événement, prévu pour le mois de février 2007, a été annulé à cause de l'élection provinciale.

Nous avons également reçu une invitation à la conférence *Katimajiit*. Pour cette occasion, nous avons élaboré un plan quinquennal pour la santé et les services sociaux, destiné à être intégré à notre plan stratégique. La conférence a été reportée, et nous anticipons l'occasion de présenter notre plan.

À part ces activités, nous avons poursuivi nos dossiers habituels au cours de l'année. Je voudrais remercier notre belle équipe à la RRSSSN, qui a grandement contribué à nos succès en 2006-2007. En participant à l'atelier sur la synergie des groupes et la communication, organisé en janvier 2007, nos membres ont fait preuve de leur dévouement au bien-être des *Nunavimmiut*.

Enfin, je voudrais remercier les membres du conseil d'administration de leur soutien continu et leur encadrement. Avec le soutien de notre présidente, Alasie Arngak, j'ai su progresser dans mon rôle de directrice générale.

J'aimerais également souligner la contribution de nos partenaires régionaux et provinciaux à nos efforts pour collaborer étroitement afin de livrer les services à la population.

Nakurmik !

Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) a été instauré au Nunavik en février 2006, et a été officiellement reconnu par la RAMQ et la FMOQ en juin 2006. Il a pour mandat de faire des recommandations à la direction générale de la régie régionale sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions ainsi que des projets cliniques et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

Mission

Plus spécifiquement, le DRMG doit faire des recommandations à la régie régionale et assurer l'application de ses décisions, relativement :

- au plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique;
- aux services médicaux découlant des programmes prioritaires;
- à la liste des activités médicales particulières (AMP).

De plus, il doit définir, proposer, appliquer et évaluer :

- le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- le réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégrée.

Le DRMG joue un rôle essentiel de rapprochement entre les médecins des deux côtes du Nunavik et permet le partage des réalités des membres travaillant sur le terrain afin de comprendre leurs problèmes. Il est composé d'une manière représentative des sous-territoires de la région et des pratiques isolées en dispensaire et en établissement.

Organisation du DRMG

En 2006, il y a eu quatre rencontres du comité de direction du DRMG et deux assemblées générales avec tous les membres. Également, deux visites et discussions entre représentants des deux côtes ont eu lieu à Puvirnituq.

Organisation des services

Actuellement au Nunavik, tous les médecins répondent aux exigences des activités médicales particulières en offrant des services de premiers soins de qualité selon les ressources disponibles. Outre les services d'urgence opérationnels jour et nuit, un réseau de garde intégrée par l'entremise d'une collaboration intra-régionale permettrait un meilleure partage des ressources, que ce soit par l'échange de services cliniques ou para-cliniques des équipes permanentes ou temporaires (médecins dépanneurs).

Ressources de dépannage

A ce sujet, le Nunavik consomme d'énormes ressources en dépannage. Ces efforts de dépannage ne signifient pas nécessairement une amélioration des services de première ligne, mais bien la prise en charge temporaire des services essentiels. Le roulement important des effectifs laisse plusieurs patients vulnérables sans suivi dans un système déficient en prise en charge réelle.

Groupes de médecine familiale

Actuellement, les médecins ne sont pas organisés en groupes de médecine familiale (GMF) et le roulement constant ne permet pas de prise en charge optimale. Plusieurs patients demeurent orphelins et le manque d'intégration des services ralentit un système déjà pauvre en ressources. Le DRMG se donne comme objectif d'implanter des projets de réorganisation des services pour améliorer l'accessibilité aux soins, de mieux intégrer les différents services offerts dans les sous-territoires et de prendre en charge les patients dans une perspective de soins continus de qualité.

Besoins en effectif médical

La population du Nunavik est une population grandissante avec des besoins variés sur un territoire très étendu. Le comité de direction du DRMG, en collaboration avec les équipes médicales sous-territoriales et de la régie régionale, est à réviser les besoins en effectifs médicaux dans les différents milieux de la région, en dispensaire et en établissement, de manière à pouvoir proposer un nouveau plan d'organisation régional des services médicaux de première ligne.

Maintien des effectifs actuels

L'équipe du DRMG se donne comme mission de se pencher sur la pénurie de la main-d'œuvre et des moyens à mettre en œuvre pour améliorer la rétention des effectifs médicaux. Le travail d'équipe et la collaboration entre les confrères et consoeurs, l'organisation terrain bien structurée, la qualité de la pratique et la stimulation intellectuelle engendrées par le travail en équipe doivent être les objectifs à atteindre des médecins de notre région.

Projets cliniques

Plusieurs projets cliniques sont en élaboration par les membres de direction du DRMG suite à la demande de l'ensemble des médecins du territoire du Nunavik, entre autres :

- L'amélioration et l'intégration des services de télé-radiologie à l'intérieur du RUIS McGill en collaboration avec la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique;
- Répartition des ressources financières dans des perspectives de recrutement et de maintien des effectifs en place;
- Réorganisation des services d'urgence et d'évacuation aérienne;
- Uniformisation des pratiques en rôle élargi de l'équipe de soins infirmiers sur le territoire;
- Gestion du PREM de la région;
- Mise en place d'un service de garde intégré pour l'ensemble de la région.

Importance de l'alliance *DRMG-RRSSSN-FMOQ*

Que ce soit les pratiques en rôle élargie des infirmières, les services d'évacuations aériennes spécialisées ou bien les particularités culturelles du Nord, l'ensemble des services médicaux se trouve fort influencé et nécessite un encadrement médical plus structuré. Le DRMG, fruit du travail de la FMOQ, offre une structure légale qui répond à ces besoins. La population du Nunavik demande des médecins accessibles et les médecins ont exprimé d'une voix unanime leur désir de gérer cette accessibilité par l'intermédiaire du DRMG.

Tel que l'exprime le Dr. Dutil, président de la FMOQ, « le DRMG est la voix des médecins omnipraticiens du territoire exprimant leur vision terrain des besoins de la population »[1]. La FMOQ doit être davantage concernée et consciente des problématiques, des particularités et des innovations des régions nordiques. Des problèmes similaires dans les autres régions sont omniprésents au Nord du Québec, mais le contexte nordique diffère grandement sur d'autres problématiques. Le support de la régie régionale et de la FMOQ est vital pour appuyer un système en difficultés et améliorer la qualité des services sur notre territoire.

[1] http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/DRMG/DRMGv2n1.pdf

Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence

Services préhospitaliers d'urgence

L'année 2006-2007 nous a permis de continuer l'implantation des services préhospitaliers d'urgence à Kangirsuk et à Akulivik. Une première étape est complétée, soit la livraison des équipements. La seconde étape, la formation des premiers répondants, sera complétée au mois de juin 2007. Une nouvelle équipe de formateurs sera sur le terrain afin de renouveler la certification des premiers répondants déjà en fonction et de former des nouveaux candidats dans les communautés de Salluit, de Kangiqsualujjuaq, de Kangiqsujuaq, d'Inukjuaq et Kuujjuaraapik.

De plus, nous prévoyons l'implantation de tels services à Umiujaq et à Quaqtaq pour 2007-2008.

Il est à noter que le service des premiers répondants est apprécié de tous offrant des services préhospitaliers d'urgence de qualité au cours des différentes urgences qui surviennent.

Plan régional des mesures d'urgence

Le Plan régional de mesures d'urgence, traduit en inuktitut à la demande des membres du Conseil d'administration de la RRSSSN, a été approuvé lors de sa réunion du mois de juin 2006.

Suite au dépôt par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (PQLPI-MS) au mois de mars 2006, la RRSSSN a formé un comité afin d'élaborer un plan spécifique pour le Nunavik, le Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza (PRPI) a été déposé le 31 mai 2006.

Les centres de santé Tulattavik de l'Ungava, Inuulitsivik de la Baie d'Hudson et leurs partenaires ont déposés tel que prévu leur Plan local de lutte à une pandémie d'influenza (PLPI) en octobre 2006.

Ces plans spécifiques prévoient l'implantation de sites non-traditionnels (SNT) afin d'offrir des soins adaptés à différentes urgences tout en assurant la continuité des services offerts par l'ensemble des établissements. Cinq sites non-traditionnels ont été identifiés soit Kuujjuaq, Puvirnituq, Inukjuaq, Salluit et au Module du Nord Québécois (MNQ) à Montréal.

De plus, afin de prévoir tout débordement de nos capacités d'intervention, un Plan Suprarégional Nordique de lutte à une pandémie d'influenza (PSNPI) a été élaboré en collaboration avec les régions Nord du Québec, de la Baie-James et Abitibi-Témiscamingue.

Droit des usagers

Un des buts de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est de s'assurer du respect des droits des usagers. À la Régie régionale ainsi que dans les deux centres de santé, Tulattavik et Inuulitsivik, une personne est désignée pour recevoir et étudier les plaintes relatives aux services. Cette personne est responsable de fournir le support nécessaire aux usagers dans la formulation de plaintes ou dans toute autre étape du processus d'examen des plaintes.

Il y a eu de nombreux amendements à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au fil des ans, surtout concernant les mécanismes des plaintes. La priorité doit être mise sur une revue complète de la procédure d'examen des plaintes au Nunavik.

Cette année, aucune plainte n'a été reçue et étudiée par la RRSSSN.

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Tel que prescrit par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le rapport qui suit fait état des plaintes des usagers concernant les services rendus par le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava en 2006-2007.

Les tableaux qui suivent montrent que sur un total de 19 plaintes reçues durant l'exercice se terminant le 31 mars 2007, 13 ont été traitées, 5 sont en cours de traitement et 2 ont été transmises aux établissements qui ont fourni les services en question. D'autres tableaux présentent les détails sur le caractère de ces plaintes; les raisons les plus souvent évoquées sont l'organisation des services et un comportement inopportun.

Tableau 1

Total :	19*
Plaintes traitées :	13
Plaintes en attente :	5
Plaintes transmises à un autre établissement pour traitement :	2

* La plainte no. 128 fut également transmise à N. Inukpuk, responsable des plaintes par interim au Centre de santé Inuulitsivik, car elle implique des services reçus à la Maison Nunavik.

* La plainte no. 122 fut transmise au responsable des plaintes de l'Hôpital pour enfants de Montréal, car elle implique des services rendus par cet établissement.

Tableau 2

Caractère :	19*
Organisation des services :	9
Comportement inopportun :	7
Services médicaux :	3
Confidentialité :	2
Malentendu :	1

* Les plaintes nos. 124, 128 et 135 impliquent chacune deux raisons.

Le tableau 3 présente le service concerné et le tableau 4 affiche le nombre de plaintes sur une période de cinq ans.

Tableau 3

Service :	19*
Services communautaires et de readaptation :	10
Soins infirmiers et hospitaliers :	3
Services professionnels :	2
Services techniques :	1
Protection de la jeunesse :	1
Services achetes :	1
Services rendus par un autre etablissement :	3

* Les plaintes nos. 128 et 135 implique deux services.

Tableau 4

Nombre de plaintes par année entre 2002-2003 et 2006-2007	
2002-2003 :	9
2003-2004 :	3
2004-2005 :	12
2005-2006 :	15
2006-2007 :	19

Tel que mentionné dans le rapport de l'an dernier, notre clientèle est mieux informée relativement aux droits des usagers et aux moyens de s'en faire valoir. Les plaintes servent également à identifier les secteurs à ameliorer.

Selon le caractere des plaintes ainsi que les constatations, les interventions dans deux secteurs d'activite—la prestation de services de première ligne a Kuujjuaq et le suivi des patients ayant une maladie chronique—doivent être examinées.

Le manque d'omnipraticiens permanents n'est pas unique à notre territoire; neanmoins, notre etablissement doit faire recours aux services de médecins dépanneurs afin de combler son plan d'effectifs medicaux. Il faut implanter des mecanismes efficaces afin de s'assurer que les services médicaux sont donnes en temps opportun et de façon adequate à notre clientele.

Outre notre mission curative, l'aspect preventif de notre mandat mérite également une attention particulière. Ainsi, il faut trouver des moyens inventifs pour sensibiliser la population autour de plusieurs dossiers majeurs en santé publique, tels la grossesse chez les adolescentes, ainsi que diverses maladies entrainées par des changements rapides au niveau du style de vie (diabète, toxicomanie, etc.).

La consolidation de l'organisation des services et programmes actuels ménera non seulement a une utilisation plus efficace de nos ressources matérielles, humaines et financières, mais aussi à une amélioration de la qualité et de la quantité des services rendus, et ce, en reduisant l'impact qu'a le roulement élevé du personnel sur lesdits services.

Une des fonctions de la responsable des plaintes étant la diffusion de l'information afin d'assurer la compréhension des droits et des obligations, et à cause des nombreux amendements a la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* au fil des ans, surtout concernant les mécanismes des plaintes, la priorité doit être mise sur une revue complète de la procédure d'examen des plaintes et du code déontologique.

Un amendement parmi plusieurs concerne la mise sur pied d'un comité de surveillance (pour la vigilance et la qualité), dont la composition sera comme suit :

- trois membres sélectionnés parmi les membres du conseil d'administration et qui ne travaillent par pour l'établissement,
- la directrice générale,
- la responsable des plaintes.

Ce comité aura les responsabilités suivantes :

- recevoir et étudier les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration sur la pertinence, la qualité, la sûreté et l'efficacité des services rendus, sur l'application des droits des usagers ou sur le traitement des plaintes des usagers;
- établir un lien systémique entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires pour formuler des recommandations selon le sous-paragraphe 3;
- formuler des recommandations pour le conseil d'administration et en tirer les conclusions nécessaires pour formuler des recommandations selon le sous-paragraphe 2;
- formuler des recommandations pour le conseil d'administration sur les actions à entreprendre suite à ces rapports et recommandations afin d'améliorer la qualité des services destinés aux usagers;
- s'assurer du suivi, conjointement avec le conseil d'administration, de l'implantation des recommandations fournies selon le sous-paragraphe 3;
- promouvoir la concertation et la coopération entre les parties intéressées (sous-paragraphe 1);
- s'assurer que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a accès aux ressources humaines, matérielles et financières requises pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- assumer tout autre fonction que le conseil d'administration considère utile dans la réalisation du mandat attribué au comité selon le premier paragraphe.

Compte tenu des travaux pour promouvoir les droits des usagers et passer en revue tous les documents reliés aux plaintes, ainsi que la hausse soutenue du nombre de plaintes reçues ces dernières années, le conseil d'administration devrait considérer la possibilité d'attribuer un statut officiel au poste de responsable des plaintes dans le registre de postes de l'établissement et identifier le nombre d'heures par semaine à consacrer exclusivement à ces tâches.

Centre de santé Inuulitsivik

Aucune donnée disponible pour cette région.

Direction de la planification et de la programmation

Mot de la directrice

Au cours de l'année 2006-07 les réalisations de l'équipe de la planification et de la programmation sont nombreuses. Nous avons consolidé nos acquis et planifié les programmes conformément aux orientations du conseil d'administration.

La réorganisation de la Direction de la planification et de la programmation amorcée en 2005 porte fruit. L'équipe Enfance Jeunesse Famille soutient le développement des services de 1re ligne pour les jeunes et la mise en place de programmes de prévention dont le projet Écoles en santé. De plus, l'appui à la réorganisation de la Protection de la jeunesse demeure une des priorités. Nous collaborons activement à l'implantation d'un ensemble de mesures dont la révision des processus, la formation des cadres et du personnel, et la mise en place d'un comité d'admission régional, avec la collaboration d'un consultant mis à notre disposition par le MSSS.

La diffusion des résultats de l'étude du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec) portant sur la consommation de drogue et d'alcool réalisée dans quatre villages est imminente. Suite au dépôt du rapport le comité régional déposera ses recommandations sur les services et les ressources à mettre en place.

L'équipe des Programmes de soutien intervient sur les problématiques qui préoccupent la région : suicide, violence familiale et les abus sexuels. Suite au dépôt du plan d'action sur la prévention du suicide, nous avons obtenu un financement récurrent dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones qui vise à augmenter les facteurs de résistance et de protection et ainsi à réduire les facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes. Le programme de formation mis en place a été offert aux responsables des maisons des jeunes et à des intervenants locaux.

Dans les dossiers de la violence et des abus sexuels, nous travaillons à soutenir les maisons pour les femmes victimes de violence, après avoir réussi à obtenir la construction d'un nouveau centre à Salluit, grâce à la collaboration de l'Office municipal d'habitation Kativik (OMHK). Nous sommes à planifier la tenue d'un symposium sur la problématique de la violence et des abus au printemps.

Le Programme de guérison poursuit sa tournée des 14 villages. Le projet est financé par la Fondation autochtone de guérison, dont la mission est d'appuyer les peuples autochtones et de les encourager à concevoir, développer et renforcer les démarches de guérison durables qui s'attaquent aux effets des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles. La guérison est souvent méconnue; l'approche préconisée est celle utilisée dans le traitement des syndromes post traumatiques. L'équipe du projet a obtenu du financement pour un autre trois ans.

Parmi les préoccupations des gestionnaires, la formation en est une importante. Nous avons organisé ou appuyé un ensemble de programmes de formation à l'intention des gestionnaires et intervenants des centres de santé et du réseau communautaire. Dans un contexte nordique, la logistique requise pour les formations représente un défi de taille et une charge de travail supplémentaire pour les agents, ainsi nous avons planifié plus de 300 déplacements : avion, hôtel, etc.

Suite au dépôt du document « Offre de services au Nunavik », nous demeurons préoccupés par la mise en chantier des projets cliniques. Nous avons déposé une demande de financement dans le cadre du programme fédéral Fonds pour l'adaptation des services de santé afin d'obtenir les budgets pour recruter des chargés de projet dans les trois établissements. Les travaux doivent démarrer en septembre; les projets cliniques visent à assurer une réponse aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire.

Claude Bouffard

Introduction aux programmes support

Approche multidisciplinaire

Avec la nouvelle structure de gestion des programmes à la Direction de la planification et de la programmation, une approche multidisciplinaire a été instaurée et les agents sont appelés à interagir afin de faire progresser leurs dossiers respectifs. Tous bénéficient d'une vision plus globale des problématiques et des enjeux. Les programmes support regroupent les dossiers suivants :

- Santé physique;
- Santé mentale et prévention du suicide;
- Violence conjugale et abus sexuels;
- Soutien à domicile;
- Organismes communautaires;
- Développement des ressources.

De plus, comme ces dossiers touchent une clientèle variée et de tous les âges, l'équipe des programmes support travaille aussi en étroite collaboration avec l'équipe des programmes Enfance, famille, jeunesse.

Cette façon de procéder a mené à l'instauration des comités multidisciplinaires suivants :

- Comité prévention du suicide;
- Comité pour contrer les abus sexuels;
- Comité toxicomanie.

Principes directeurs

Les travaux initiés durant l'année par les agents sont guidés par les principes suivants :

- *Collaborer avec nos partenaires* : Travailler de concert avec nos collaborateurs des deux centres de santé, de même qu'avec tous les partenaires de la région, préoccupés comme nous, par les mêmes enjeux. Ainsi, des protocoles de collaboration sont en préparation dans certain dossiers, dont la prévention du suicide et les abus sexuels ;
- *Assurer un continuum de services* : S'assurer d'instaurer des actions à tous les niveaux (prévention, intervention, traitement et suivi) ;
- *Impliquer les communautés* : Renforcer le rôle des communautés dans l'identification des besoins, mais aussi dans la livraison des services ;
- *Voir au développement des ressources au niveau des communautés* : Instaurer des initiatives qui viennent en appui aux communautés dans leurs interventions ;
- *Travailler dans le respect de la culture et des spécificités inuites.*

Ces principes, qui doivent nous animer constamment, sont nos principaux indicateurs de succès.

Services médicaux

Main-d'œuvre médicale

Le nombre de médecins en place sur le territoire a subi des variations au cours de l'année. Sur les 16 médecins omnipraticiens inscrits en début d'année, 7 ont quitté et 2 se sont prévalus d'un congé sans solde d'un an chacun. Des 9 restants, 2 sont à demi-temps et 7 à plein temps. En cours d'année 3 nouveaux médecins se sont joints aux équipes, dont 2 à plein temps.

Fonds médecin en régions

Une somme de 563 907 $ a été consacrée aux mesures incitatives non négociées à l'intention des médecins. De cette somme, 395 527 $ ont servi aux primes d'installation et de maintien et aux bourses de perfectionnement en obstétrique. Onze stages d'été à l'intention des étudiants en médecine ont été organisés pour un montant de 68 907 $. Un montant de 157 725 $ a servi aux activités de promotion et de recrutement.

Formation médicale décentralisée

Un total de 128 000 $ a été versé pour des stages académiques à l'intention des externes et des résidents en médecine familiale, principalement de l'Université Laval et de l'Université McGill.

La région tente avec l'aide de l'Université McGill de faire accréditer des stages de résidence en médecine spécialisée pour supporter les frais des résidents qui accompagnent les spécialistes lors de leurs tournées au Nord. Cette mesure serait de nature à favoriser le recrutement de nouveaux spécialistes et ainsi faciliter l'accès aux services spécialisés.

Participation au RUIS McGill

Au début du printemps 2006, les dirigeants du RUIS McGill ont effectué une visite au Nunavik, au cours de laquelle les besoins de la région leur ont été exprimés, notamment sur le renforcement de la présence de certaines spécialités au Nord. Cette visite fut surtout l'occasion pour les gens du RUIS de se sensibiliser aux réalités particulières du Nunavik.

Un poste de médecin coordonnateur des services aux adultes a été créé au CUSM. Ce poste permettra entre autres de favoriser le rapatriement des services médicaux spécialisés au Nunavik, de diminuer le nombre de transferts en provenance du Nunavik et de faciliter le transit des patients une fois à Montréal. Parallèlement, des discussions ont été enclenchées avec le bureau du RUIS McGill afin de mettre au point un projet d'entente globale liant ce réseau universitaire et la région Nunavik.

Télésanté

Il existe encore certains obstacles au plein déploiement de la télésanté au Nunavik. La question des bandes passantes dans les communautés hors de Puvirnituq et de Kuujjuaq n'a pas encore été résolue. Le développement de la télésanté passe également par l'ajout de ressources humaines locales et régionales pour coordonner les différentes activités. Finalement, la transmission des radiographies à partir des PACS nordiques fait toujours l'objet de discussions.

Pandémie

L'élaboration d'un plan régional pour faire face à la possible pandémie d'influenza a demandé beaucoup d'énergie de la part des équipes de la régie. Les services médicaux sont chargés du volet santé physique qui comprend huit éléments : le guide auto-soins, les services à domicile, le service Info-santé/Info-social, les services pré-hospitaliers d'urgence, la prestation de services et les priorités de soins, le traitement aux antiviraux, les sites non traditionnels de soins et la disposition des dépouilles. Pour faire face au débordement probable de Montréal, le ministère a demandé aux régions 08, 10, 17 et 18 de préparer un plan suprarégional faisant de Chibougamau le point central des activités.

Transferts au sud

Les statistiques du Module du Nord Québécois montrent une augmentation constante des transferts en provenance du Nord. Cette donnée constitue l'un des indices majeurs permettant d'évaluer le réseau de services mis en place. Le nombre de patients est passé de 1 921 en 2003-2004 à 2 322 en 2006-2007, soit une augmentation de 21 % en trois ans. En 2000-2001 ce nombre n'était que de 1 444. Le ratio escortes/patients est passé dans ce temps de 1,8 à 1,6, alors qu'auparavant les ratios étaient plutôt de une escorte pour deux voire pour trois patients.

Ces chiffres témoignent de l'accroissement de la population, de l'apparition récente des maladies débilitantes chroniques et de changements dans les styles de pratique, mais aussi d'un manque de continuité dans les soins au Nord. La pénurie de médecins entraine la présence de dépanneurs souvent peu impliqués dans la prise en charge à long terme, une situation qui ne se réglera pas avant l'arrivée des nouvelles cohortes de médecins prévues pour les prochaines années.

Santé mentale

Résidence supervisée pour favoriser la vie autonome

Grâce à un partenariat entre le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, l'Office municipal de l'habitation Kativik et la RRSSSN, une ressource résidentielle de huit lits pour les personnes avec des troubles mentaux et des déficiences intellectuelles fut construite.

Les employés de cette résidence supervisée offrent aux résidents un milieu de vie équilibré entre l'autonomie et le soutien, leur transmettant les connaissances pratiques élémentaires, servant de modèle de comportement, promouvant les aptitudes sociales et offrant aux résidents l'occasion d'améliorer leur intégration et leur aptitude au travail dans la communauté.

Formation en santé mentale pour la région

Des séances de formation animées pas des travailleurs de l'Hôpital Douglas ont été organisées au Centre de réintégration Anaraaluk à Inukjuak et au Centre de crise Aaniavituqarq à Puvirnituq, destinées à des non professionnels (gardiens et éducateurs de la ressource) travaillant avec des personnes ayant des troubles mentaux. Ces activités étaient préparatoires à la formation continue en cours d'emploi et au soutien offerts aux travailleurs inuits. D'autres formations, portant sur la gestion du comportement, le travail en équipe et les médicaments, sont planifiées pour 2007.

Alianait : Plan d'action en bien-être mental spécifique aux Inuits

Le Nunavik et les autres territoires inuits à travers le Canada collaborent dans une initiative avec *Inuit Tapiriit Kanatami* (*ITK*) afin d'élaborer une stratégie nationale spécifique aux Inuits et axée sur leur bien-être mental et leurs priorités. La stratégie fera partie d'un plan d'action stratégique décennale qui sensibilisera les gouvernements à une approche spécifique aux Inuits et ciblera le bien-être mental des Inuits et des Premières nations.

Afin d'obtenir des fonds pour implanter le plan d'action, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada enverra un mémorandum demandant le financement au cabinet en automne 2007.

Recherche en santé mentale

Un projet de recherche de quatre ans a commencé au Nunavik. Des chercheurs de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) ont commencé à examiner l'accès aux services de première ligne en santé mentale et le continuum de soins. L'objectif de la recherche est d'identifier les approches les plus efficaces dans le but d'assurer l'accès aux et la continuité des services destinés à des personnes ayant des troubles mentaux.

Les chercheurs documenteront le vécu des patients qui reçoivent des services en santé mentale. Ceci facilitera l'adaptation du plan d'action ministériel 2005-2010 en santé mentale à la population inuite et soutiendra les partenaires locaux et régionaux dans l'implantation de services destinés à cette clientèle.

Prévention du suicide

Living Works : Programme de formation en prévention du suicide

Un projet pilote a été réalisé en février et mars 2007 avec deux ateliers de cinq jours, en inuktitut, sur l'accompagnement et les techniques d'intervention face au suicide (Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide). De plus, quatre travailleurs inuits de première ligne ont assisté à un atelier de formation destiné aux formateurs, financé par Santé Canada et donné par *Living Works* ; ces travailleurs ont par la suite donné la formation à plus de 50 coordonnateurs et animateurs des 14 centres de jeunesse (de l'Association des centres de jeunesse du Nunavik).

Les ateliers de *Living Works* sur l'intervention face au suicide aident tous les soignants, y compris les aidants traditionnels d'une communauté, à mieux se préparer à offrir de l'aide à une personne à risque de suicide.

Plan d'action stratégique en prévention du suicide, 2005-2010, Nunavik

En lien avec la *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*, la RRSSSN, en collaboration avec les centres de santé, a élaboré un plan d'action stratégique qui a été présenté à Santé Canada. Un budget de 167 390 $ fut octroyé pour l'exercice 2006-07. Le plan d'action cible les jeunes personnes âgées de 10 à 30 ans, avec des initiatives communautaires en prévention du suicide dont l'élan provient du niveau local.

Afin d'assurer la continuité ainsi que le financement soutenu de ces travaux, un comité des partenaires régionaux pour la prévention du suicide a été mis sur pied. Composé de représentants d'organismes inuits, des centres de santé et de la RRSSSN, le comité travaille sur une entente devant mener à une stratégie régionale de prévention du suicide, laquelle sera signée par tous les partenaires. Le but est d'établir les liens et d'assurer la complémentarité entre les actions existantes et les actions proposées ainsi que d'améliorer et de multiplier les efforts pour répondre aux crises et pour intervenir de façon plus efficace face au suicide.

Les projets proposés sont :

- de la formation pour les travailleurs en bien-être communautaire ;
- un projet pilote pour les conseillers traditionnels ;
- Écoles en santé ;
- un réseau de sentinelles ;
- un programme d'approche communautaire en prévention du suicide ;
- des camps de guérison pour les familles.

Initiative québécoise en prévention du suicide

Le ministère de la Santé et des Services sociaux associe la santé mentale étroitement à la prévention du suicide et a révisé ses mesures pour l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide, *S'entraider pour la vie*.

Violence familiale et abus sexuels

L'objectif de la RRSSSN est d'appuyer des initiatives visant à contrer la violence familiale. Nous y parvenons par des actions ciblées de renforcement des organisations en place et par le financement approprié, dans la mesure des moyens mis à notre disposition par le MSSS.

Cette année, nous avons procédé au recrutement d'une nouvelle agente responsable des deux dossiers. Son objectif est de consolider nos appuis, en collaboration avec l'agente responsables des organismes communautaires.

Refuges pour femmes

Deux événements ont été marquants cette année :

- Le recrutement d'une nouvelle directrice au refuge pour femmes Tunngavik de Kuujjuaraapik. À son entrée en fonction, elle a reçu une formation sur place et les premières clientes ont pu recevoir des services peu après. La réouverture officielle a eu lieu le 27 juillet. Cette réouverture a permis de renouer contact avec l'administration municipale, les services sociaux et les forces policières des deux communautés inuite et crie.
- La construction du nouveau refuge Initsiak à Salluit a été rendu possible grâce à la coopération de l'Office municipal d'habitation Kativik, via le programme Logement abordable Québec – Volet Région Kativik. La construction a été complétée à l'automne et l'ouverture officielle a eu lieu en mars.

Soulignons que deux directrices des refuges pour femmes de Kuujjuaraapik et Kuujjuaq ont pu bénéficier à Kuujjuaq d'une formation de quatre jours sur les habilités de base en gestion.

Projets à venir

Groupe de travail en matière de violence conjugale

En lien avec le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale (Gouvernement du Québec), la RRSSSN pilotera la mis en place d'un comité aviseur régional afin de déterminer certaines actions spécifiques au Nunavik, en complémentarité avec les initiatives déjà en place et celles prévues au plan d'action gouvernemental.

Comité sur les abus sexuels

La RRSSSN a mis sur pied un comité interne dont la responsabilité sera de déterminer un plan d'action pour contrer les abus sexuels dans les communautés. Ce plan d'action se fera en lien avec nos partenaires régionaux, tels que le CPRK (Corps de police régional Kativik), CAVAC, les centres de santé et les CLSC; tiendra compte des services offerts par les partenaires; ménera à l'identification des lacunes à combler et permettra la mise en place de protocoles de services entre les partenaires.

Les travaux du comité prévoient des discussions avec les centres de santé afin que des services soient offerts aux victimes selon une approche holistique, telle qu'on la rencontre dans les centres désignés au Sud. Cette approche prévoit que la victime soit accueillie et traitée selon un modèle d'intervention mise en place par une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, travailleurs sociaux et psychologues) selon un protocole respectueux de la personne.

Symposium régional sur la violence familiale

Un symposium régional aura lieu à Kuujjuaq afin de permettre aux intervenants sociaux et aux représentants communautaires de la région de discuter de l'intervention, de la prévention et des initiatives à mettre en place pour contrer la violence familiale.

Personnes en perte d'autonomie

Ce programme comporte deux volets : le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (Santé Canada) et la Politique des soins à domicile (MSSS).

Santé Canada finance un poste régional et deux postes sous-régionaux de coordonnateurs de soins à domicile, ainsi que six postes d'infirmière et certains équipements médicaux et d'aide technique pour les soins à domicile.

Les fonds du MSSS complètent la provision des services en soins à domicile dans les autres huit communautés et permettent l'embauche de travailleurs locaux en soins à domicile. La politique provinciale promeut une approche en équipe multidisciplinaire ainsi que l'utilisation d'un outil multiclientèle d'évaluation de l'autonomie, lequel a été présenté aux équipes régionales en soins à domicile.

En outre, le MSSS soutient financièrement le développement de ressources d'hébergement pour les personnes âgées en perte importante d'autonomie ainsi que le transport adapté.

Engagement national : Soins continus

La RRSSSN a envoyé deux participants à une conférence circumpolaire sur la santé à Novossibirsk, Russie, en juin 2006. Le projet de recherche sur les soins continus, réalisé dans trois communautés du Nunavik ainsi que dans plusieurs communautés autochtones à travers le Canada, a été présenté à un auditoire international venant des régions circumpolaires et a suscité beaucoup d'intérêt.

En collaboration avec ITK, la RRSSSN a poursuivi sa participation active à plusieurs comités nationaux sur les soins continus afin de représenter les besoins et préoccupations spécifiques aux Inuits. Nous nous attendons à voir plusieurs études, documents et propositions actifs présentés au gouvernement fédéral afin de demander du financement pour combler les lacunes au niveau des soins continus dans les communautés autochtones.

Engagement régional : Services de soins à domicile

Cet exercice a marqué la cinquième année du Programme des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) de Santé Canada, lequel est complété par le financement du MSSS pour les soins à domicile.

Le tableau qui suit compare les données sur les clients et les services en soins à domicile des deux dernières années, telles le nombre de clients, le nombre de visites à domicile et le nombre d'heures de services fournies. (Les chiffres représentant deux périodes de six mois sont comparés, car le rapport annuel sur les statistiques de cette année n'est pas encore disponible.)

Services de soins à domicile

Description	2005	2006
Nombre de clients	740	820
Nombre total de visites à domicile	13 176	13 665
Nombre total d'heures de services fournies	25 349	21 967
Nombre total d'heures de services non fournies	608	3 300
Nombre total d'heures de soins infirmiers	6 895	4 416
Nombre total d'heures d'aide à la vie autonome	4 489	7 606
Nombre total d'heures de services de ménage	2 222	6 778

Les données révèlent une hausse dans les services d'aide à la vie autonome et dans les services de ménage. Toutefois, le constat majeur du rapport est la hausse importante dans le nombre d'heures de services non fournies à cause du manque de financement.

Projet pilote : Préformation destinée aux travailleurs en soins à domicile

Les travailleurs en soins à domicile, connus dans la région sous les titres d'*auxiliaire familial* et d'*aidant social*, reçoivent peu ou pas de formation avant d'être embauchés. Tel que mentionné ci haut, la demande pour leurs services a doublé. Il y a besoin d'une banque élargie de travailleurs qualifiés en soins à domicile dans la région. Le projet régional de formation pour les travailleurs en soins à domicile, coordonné par la RRSSSN, est en train de répondre à ce besoin.

La deuxième phase de la formation fut précédée par un projet de préformation, « *Consulting with the Communities* ». Une équipe composée d'un coordonnateur de projet et d'un consultant local a visité les plus petites communautés qui n'ont pas été incluses dans la première phase de la formation, afin d'établir des liens avec les leaders et les partenaires en préparation pour la deuxième phase. Le projet pilote a commencé le 5 mars et les communautés suivantes ont été visitées : Quaqtaq, Tasiujaq, Kangiqsujuaq, Aupaluk, Akulivik, Umiujaq et Kuujjuaraapik.

La formation comprend sept modules présentés dans les sept communautés mentionnées dans le paragraphe précédant. Elle fut lancée avec le premier module à Tasiujaq le 30 avril.

Le recrutement et la rétention de travailleurs en soins à domicile présentent un défi dans la région. La première phase a démontré que le fait d'offrir une formation à ces travailleurs augmentent leur confiance et leur motivation ainsi que leur capacité de travailler en équipe.

Foyer de soins infirmiers Tusaajiapik

L'installation offre des lits de longue durée aux personnes âgées dont la perte d'autonomie est plus sévère, des lits de répit aux clients dont la famille a besoin de soutien ainsi qu'un centre de jour aux personnes âgées qui demeurent encore chez eux mais qui participent à une gamme d'activités thérapeutiques et de loisirs dirigés. Les services professionnels d'un ergothérapeute sont toujours disponibles, et il y a deux infirmières sur place qui fournissent des services et transmettent des connaissances aux intervenants locaux.

Tusaajiapik – Taux d'occupation

Motif	Pourcentage
Soins de longue durée	95 %
Répit	66 %

Tusaajiapik – Activités de centre de jour

Description	Nombre
Présences	981
Transports	416
Activités	944
Heures d'activités	1473

Implication et soutien de la RRSSSN dans diverses initiatives

Les initiatives suivantes témoignent de notre implication :

Journée nationale des aînés et Semaine nationale de la famille : Fêtées en octobre 2006 au Centre Kattitavik. Des membres du personnel du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, de Tusaajiapik et de l'école Pitakallak ont travaillé fort afin d'assurer le succès de cet événement.

Comité des aînés : Initié par l'Administration régionale Kativik (ARK), avec la participation de représentants de la RRSSSN et de différents organismes régionaux. Les discussions ont porté sur les besoins pressants, les préoccupations et les vulnérabilités des personnes âgées.

Service de transport Usijiit : Un protocole a été établi, avec la RRSSSN comme lien entre le service des transports de l'ARK et le réseau régional de la santé et des services sociaux, afin d'élaborer un processus d'enregistrement de nouveaux usagers.

Adaptation de maisons pour personnes ayant des incapacités fonctionnelles : La RRSSSN octroie un budget pour une étude sur le coût des adaptations. L'Office municipal de l'habitation Kativik (OMHK) contribue de façon significative au financement et à la réalisation de ces adaptations.

Atelier « *Opening a Window* » : Organisé par le comité sur la guérison, cet atelier de deux jours était destiné aux intervenants et gestionnaires du réseau sociosanitaire ainsi que d'autres organismes locaux, régionaux et provinciaux, avec comme objectifs de mieux sensibiliser les gens aux impacts des traumatismes vécus au passé sur les individus et les collectivités, d'explorer les façons de composer avec les vécus et de guérir ainsi que de donner aux participants l'occasion d'échanger.

Conclusion

L'année a vu l'émergence de plusieurs initiatives. Certaines communautés ont commencé à préparer des projets ciblant les aînés et autres personnes en perte d'autonomie. Cependant, à cause du budget restreint, la RRSSSN ne peut pas assurer un soutien complet pour ces initiatives.

Organismes communautaires financés par le MSSS

Les organismes communautaires sont des partenaires essentiels de la RRSSSN et des centres de santé. Leur contribution à l'amélioration du mieux-être des communautés est reconnue par le MSSS par l'octroi d'un fonds spécifique.

Financement

Les fonds consentis par le MSSS sont répartis par la RRSSSN après un processus d'examen des propositions soumises par chaque organisme reconnu. En 2006-2007, 10 organismes communautaires ont reçu un total de 2 333 346 $.

Communautés	Organismes	Contributions
Violence et abus		
Kuujjuaq	Refuge pour femmes Tungasuvvik	400 000 $
Salluit	Refuge pour femmes Initsiaq	347 000 $
Kuujjuaraapik	Refuge pour femmes Tunngavik	250 000 $
Kuujjuaq	Réseau Qajaq	122 400 $
Jeunes contrevenants		
Nunavik	Comité de justice pour adolescents Makivik	87 476 $
Toxicomanie		
Inukjuak	Centre de traitement pour jeunes Aanarraapik	250 000 $
Kuujjuaq	Centre de traitement pour adultes Isuarsivik	470 000 $
Personnes âgées		
Kuujjuaq	Foyer pour personnes âgées Tusajiaapik	207 537 $
Puvirnituq	Foyer pour personnes âgées Sailivik	88 933 $
Santé mentale		
Kuujjuaq	Hébergement communautaire Ungava (6 mois d'opérations)	110 000 $
	Total	2 333 346 $

Il est à noter que, grâce à un surplus accumulé, nous avons pu accorder un appui supplémentaire aux organismes suivants pour la réalisation de projets ou actions spécifiques: Réseau Qajaq, 100 000$ pour projets ; Centre Isuarsivik, 100 000$ pour formation à venir ; Hébergement Communautaire Ungava, 40 000$ pour ameublement pour les appartements.

Formation

Habilités en gestion

Une formation de quatre jours a eu lieu portant sur les habilités de base en gestion, le leadership, la résolution de conflits, le développement des politiques, les relations avec le conseil d'administration, etc. Cette formation a été offerte aux directeurs des organismes communautaires en provenance de Kuujjuaq, Kuujjuaraapik, Puvirnituq et Inukjuak.

Formation à venir : Rôles et responsabilités des conseils d'administration

En lien avec nos actions de soutien au développement des capacités, nous prévoyons organiser en 2007-2008 des sessions de formation à l'intention des membres des conseils d'administration. Cette activité était prévue cette année, cependant elle a dû être remise faute de consensus sur la date de la formation. L'objectif est de permettre aux membres des conseils d'administration de mieux comprendre leurs rôles et responsabilites et de leur fournir la base nécessaire pour le suivi des actions, des procédures, des politiques et des règlements.

Programmes fédéraux

Grandir ensemble

Grandir ensemble est un programme fédéral qui finance des projets communautaires ciblant les enfants âgés de 0 à 18 ans. Les 14 communautés du Nunavik ont réalisé divers projets durant l'exercice 2006-2007. Le financement de projets en vertu de ce programme est disponible en faisant la demande et avec le soutien de la municipalité concernée. Son but global est d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services de bien-être communautaires qui respectent la culture inuite afin de créer des milieux familiaux et communautaires sains.

Les projets de cette année étaient variés et inclurent des activités culturelles telles des courses de traineaux à chiens et des ateliers de fabrication de vêtement traditionnels, des projets ciblant la famille, des ateliers de guérison et de counseling traditionnels ainsi que des activités promouvant l'estime de soi et des activités motivationnelles. Le plan pour l'année à venir sera de retourner à certaines communautés afin de continuer à promouvoir ce programme et de les informer des projets qui peuvent avoir des impacts positifs dans la communauté, tels l'encouragement et le soutien pour améliorer les connaissances et les compétences du personnel impliqué dans la livraison de services au niveau communautaire.

Financement total, Grandir ensemble - 2006-2007

Communauté	Montant
Akulivik	13 000,00 $
Aupaluk	25 872,84 $
Inukjuak	0,00 $
Ivujivik	23 100,00 $
Kangiqsualujjuaq	59 780,00 $
Kangirsuk	187 182,45 $
Kangiqsujuaq	60 990,00 $
Kuujjuaq	137 134,57 $
Kuujjuaraapik	23 486,00 $
Puvirnituq	101 146,37 $
Quaqtaq	76 270,40 $
Salluit	49 733,84 $
Tasiujaq	14 970,00 $
Umiujaq	33 640,00 $

Programme de travailleurs de bien-être de quartier et communautaires

Ce programme, qui fait partie du programme fédéral Pour des collectivités en bonne santé (Santé mentale), couvre le salaire des travailleurs de bien-être de quartier et communautaires dans les 14 communautés du Nunavik. Les travailleurs se trouvent sous l'encadrement des CLSC; ils font partie d'une équipe existante mais ne fournissent pas de services de première ligne. Ils soutiennent plutôt la première ligne en collaborant aux activités de promotion et prévention avec différents organismes locaux.

Cette année, le Centre de santé Inuulitsivik a embauché un coordonnateur pour l'équipe de bien-être à Inukjuak ainsi que des travailleurs de bien-être communautaire à Puvirnituq, Inukjuak et Salluit. Akulivik attend toujours l'embauche d'une telle ressource. Le nouveau coordonnateur assure la formation et le soutien continu pour chaque nouvel employé.

Sur la côte d'Ungava, il y avait des travailleurs de bien-être communautaire à Kuujjuaq, Aupaluk et Kangiqsujjuaq, ainsi qu'à Kangiqsualujjuaq pour une partie de l'année.

Le financement est transféré aux Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik.

Financement octroyé au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	299 756,00 $
Financement octroyé au Centre de santé Inuulitsivik	366 368,00 $

Développement des ressources professionnelles

Les principales activités de formation organisées en 2006-2007 furent principalement le Programme national de formation (PNF) et la formation des cadres inuits.[1]

Programme national de formation

En 2002, en réponse à une exigence du MSSS, la RRSSSN a implanté le Programme national de formation au Nunavik. L'objectif de ce programme est d'améliorer la qualité des services offerts par les intervenants de la protection de la jeunesse, des services sociaux et de la réadaptation. En 2006-2007, les modules Tronc commun Réseau 1 et 2 (TCR) ont été dispensés à tous les intervenants. Des modules spécifiques s'adressant aux intervenants en protection de la jeunesse (Compétences génériques en protection de la jeunesse, ou GPJ) ont débuté à l'hiver 2007 (module 1) et seront complétés entièrement à l'automne 2007.

Tableau 1. Programme national de formation (PNF)

Module	Lieu	Dates	Participants
Tronc commun réseau 1	Kuujjuaq	20-22 avril 2006	18
Tronc commun réseau 1	Kuujjuaq	24-26 avril 2006	17
Tronc commun réseau 1	Puvirnituq	16-18 mai 2006	22
Tronc commun réseau 1	Puvirnituq	21-23 mai 2006	22
Tronc commun réseau 2	Puvirnituq	19-22 septembre 2006	15
Tronc commun réseau 2	Puvirnituq	25-28 septembre 2006	11
Tronc commun réseau 2	Salluit	1-4 octobre 2006	13
Tronc commun réseau 2	Salluit	16-19 janvier 2007	16
Générique Protection Jeunesse 1	Kuujjuaq	6-9 février 2007	14
Générique Protection Jeunesse 1	Puvirnituq	12-16 mars 2007	13
Total sessions	10	Total participants	161

Formation des cadres inuits

En partenariat avec l'Université McGill et la Commission scolaire Kativik, le programme de formation des cadres inuits permet de développer les compétences des gestionnaires en poste. En 2006-2007, deux cours ont été offerts dans la région, ce qui a permis à environ 10 gestionnaires de recevoir la formation. Les cours consistent à intégrer des habiletés de gestion organisationnelle pour ainsi les mettre en application dans leur champ d'intervention respectif.

Tableau 2. Formation des gestionnaires inuits

Module	Lieu	Dates	Participants
Gestion en santé et services sociaux	Puvirnituq	3-10 avril 2006	6
Gestion en santé et services sociaux	Kuujjuaq	2-9 mai 2006	5
Évaluation organisationnelle, santé et serv. soc.	Puvirnituq	14-21 novembre 2006	5
Évaluation organisationnelle, santé et serv. soc.	Kuujjuaq	24 nov. - 1er déc. 2006	3
Total sessions	4	Total participants	19

[1] Notez que le programme de formation des aides familiales est traité à la section Personnes en perte d'autonomie.

Contribution de l'Administration régionale Kativik

Le tableau suivant rend compte de la participation de l'ARK au bon déroulement des activités de formation.

Formation	Contribution
Formation des cadres inuits	124 036,00 $
Programme national de formation (PNF)	197 424,00 $

Programmes pour enfants, jeunes et familles

Suite à la réorganisation en janvier 2006 où l'ensemble des programmes à l'enfance, jeunesse et familles a été regroupé sous une même coordination, cette nouvelle structure organisationnelle nous a permis de développer un travail d'équipe entre professionnels avec expérience dans des sphères d'activité qui regroupent les services de première et deuxième ligne pour l'ensemble du programme jeunes en difficulté. Également, sous cette coordination, ont été regroupés les programmes de prévention du suicide et de dépendance liée à la consommation d'alcool et à la toxicomanie chez les jeunes. Ces deux problématiques qui affectent de plein fouet la jeunesse du Nunavik sont parmi les grands défis de développement pour les périodes à venir.

Cette réorganisation nous permet maintenant de canaliser les efforts de développement et de consolidation de programmes spécifiques à la jeunesse.

Services de première ligne

Dans le cadre des services psychosociaux de première ligne, l'objectif sera d'appuyer les établissements dans la consolidation des services actuels du programme jeunes en difficultés, d'accroître l'offre de services de première ligne et de soutenir les établissements dans la mise en place d'un continuum de services pour les jeunes et les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Soutien à la famille

Le programme de soutien aux jeunes parents est bien intégré dans les services du CLSC de Puvirnituq. Le déploiement dans les autres communautés de la côte d'Hudson demeure un défi. Des rencontres régionales entre les partenaires (commission scolaire, centre de santé, CPE, protection de la jeunesse) sont prévues pour mettre en commun des efforts dans le but de promouvoir le programme et de revoir l'offre de services aux jeunes parents. De la formation aux intervenants psychosociaux est également prévue pour aider à mettre le programme de soutien aux jeunes parents en marche sur le territoire de l'Ungava.

Pour sa part, la Commission scolaire Kativik a maintenu son programme d'ateliers d'habiletés parentales auprès des jeunes parents, intervenants et membres des communautés. Ce programme est considéré comme un succès au sein du réseau.

Participation au programme d'ateliers d'habiletés parentales, 2006-07

Communauté	Parents	Jeunes parents	Étudiants du secondaire	Membres de la communauté
Kangirsuk	39	11	24	43
Inukjuak	32	4	19	76
Ivujivik	32	7	13	39

Le programme régional de subvention pour le soutien aux familles vivant avec un enfant ou un jeune handicapé est à sa deuxième année d'opération. Le programme est actuellement sous la gestion de la régie régionale mais sera décentralisé dans les établissements lorsqu'une banque de données statistiques sera créée pour être en mesure d'assurer la pérennité du programme avec un budget récurrent du MSSS. Dans l'année 2006-2007, neuf demandes de soutien aux familles ont été financées par ce programme pour un montant de 17 000 $. L'objectif est de doubler les demandes pour 2007-2008.

Écoles en santé

Ce programme propose une gamme compréhensive et concertée de balises pratiques dans le but d'encourager de meilleurs choix au niveau du style de vie et de faciliter la réussite scolaire ; il implique la mobilisation et la coordination des actions des nombreux partenaires dans la communauté, le tout sous la coordination de l'école.

Dans le cadre de ce programme, deux projets pilotes (Salluit et Kangiqsualujjuaq) ont été déployés avec la collaboration de la CSK, du Corps de police régional Kativik, de Sapuutit, du CLSC et des membres de la communauté.

Une évaluation des deux projets pilotes a donné lieu à l'idée de se concentrer sur des nouvelles directions pour ce programme, sur une base de projets concrets ; dans ce contexte, les instances régionales auront à chercher un financement adéquat pour des initiatives locales.

Déficience intellectuelle

Le développement d'un outil d'évaluation, l'Echelle de comportements adaptatifs, initié en collaboration avec l'UQAM en 2005, est presque terminé. Cet outil aidera à identifier les besoins spécifiques en réadaptation pour les personnes dont la déficience intellectuelle implique des déficits au niveau du comportement adaptatif. Une première version de l'outil de dépistage sera validée pour la population générale au printemps 2007 ; une autre version, celle-ci pour la population d'âge scolaire, est présentement à l'étape de développement. L'outil sera présenté à une conférence internationale à Vancouver à l'été 2007 par les initiateurs du projet pour ensuite être présenté au RUIS McGill comme étant l'outil de référence.

Projet d'orthophonie

La RRSSSN a amorcé il y deux ans un projet afin de développer des services en orthophonie. Une première étape du projet consistait a évaluer les besoins pour ce service au Nunavik. Les résultats ont clairement démontré qu'il y avait une quantité assez importante d'enfants qui présentaient des troubles ou des retards de développement au niveau du langage. À la lumière de cette étude, la RRSSSN a amorcé en 2006-2007 en collaboration avec le Centre de santé Tulattavik et l'ARK (CPE) des démarches afin de trouver les moyens les plus efficaces d'offrir des services en orthophonie au Nunavik. Une équipe de travail composée de professionnels inuits et de deux orthophonistes a été formée. Celle-ci a pour mandat de proposer un modele de service en orthophonie pour les enfants d'âge préscolaire du Nunavik. Elle travaillera aussi à développer des activités de prévention et des outils d'intervention en Inuktitut.

Toxicomanie

Les résultats de l'étude lancée par RISQ en 2004 seront diffusés à l'automne 2007 dans les quatre communautés qui ont participé à l'étude. Ces résultats constitueront la base d'un plan d'action régional sur la toxicomanie, en tenant compte des volets de prévention et de promotion, notamment par le biais du programme Écoles en santé, ainsi que des services de traitement et de suivi.

Services de deuxième ligne

Depuis le dépôt des rapports de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, la régie régionale demeure préoccupée par les services spécialisés de deuxième ligne rendus aux jeunes et aux familles. Pour s'assurer d'être constamment informée de la situation des jeunes en difficulté et des services qui leurs sont rendus, la régie régionale à mis en place un comité de suivi avec les deux établissements de santé. De plus,

elle participera activement à la réorganisation des services des deux centres jeunesse et maintiendra le soutien clinique et administratif aux deux directions de la protection de la jeunesse, au CLSC et aux services de réadaptation.

Services à la jeunesse

Les centres jeunesse de l'Ungava et de l'Hudson sont confrontés à un grand nombre de signalements retenus : 777 signalements au Nunavik donc 58 % sont reliés à des situations de négligence. Pour 2007-2008, l'accent sera donc mis sur le soutien aux établissements dans le développement de programmes psychosociaux en CLSC pour venir en aide aux familles les plus vulnérables (atelier sur les habiletés parentales, programme de soutien à la famille, etc.).

Le rapport sur la réorganisation des services de la Direction de la protection de la jeunesse de l'Ungava, débuté en 2005, est maintenant rendu à l'étape d'être présenté au conseil d'administration du Centre de santé Tulattavik pour approbation. Des représentations auprès du MSSS suivront pour aller chercher le financement nécessaire pour mettre en place les recommandations retenues.

La Direction de la protection de la jeunesse du Centre de santé Inuulitsivik sera également consultée pour revoir son organisation de services à l'automne 2007.

Dans l'objectif de développer une approche communautaire dans la pratique auprès des jeunes contrevenants, une formation impliquant les comités de justice, les intervenants, les policiers et le procureur de la couronne s'est tenu au printemps dernier à Puvirnituq et Kuujjuaq. Pour 2007-2008, l'objectif est de créer un comité socio-judiciaire avec les mêmes partenaires pour s'assurer des bonnes pratiques auprès de cette clientèle.

Services de réadaptation

Un soutien administratif et professionnel aux services de réadaptation Sapummivik se maintient, en particulier dans les activités de coordination régionale (comité d'admission, politiques et procédures).

Les statistiques suivantes démontrent que cette installation de 10 lits a un taux très élevé d'occupation : des nouveaux clients arrivent aussitôt que des places se libèrent.

Admissions et sorties, Sapummivik, de 2004-05 à 2006-07

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Admissions	36	27	31
Sorties	31	16	17

Cette année, le besoin de services de réadaptation s'est fait ressentir chez les jeunes ayant de multiples problèmes : troubles du comportement, déficience intellectuelle et troubles de santé mentale. Il est possible que ces problématiques soient à la hausse au Nunavik ; dans un tel cas, il y aura besoin davantage de ressources spécialisées et de programmes et services mis au point.

Projet : Guérir ensemble selon nos valeurs et cérémonies traditionnelles

En février 2006, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik a reçu des fonds de la Fondation pour la guérison des Autochtones pour organiser des ateliers de guérison dans les communautés du Nunavik. Ces fonds ont permis de continuer ces ateliers qui se tiennent dans les communautés depuis les deux dernières années. Voici les séances tenues durant l'exercice :

- Kangiqsujuaq:avril 2006
- Kuujjuaraapik:septembre 2006
- Kuujjuaq: octobre 2006
- Tasiujaq: février 2007
- Aupaluk: mars 2007

Chaque communauté du Nunavik a maintenant tenu un atelier de guérison.

Au cours des derniers mois, la Fondation pour la guérison des Autochtones a indiqué qu'elle recevra un financement supplémentaire du gouvernement fédéral afin de poursuivre des initiatives de guérison dans les communautés autochtones à travers le Canada. La fondation a confirmé que ce projet se trouve parmi ceux qui ont été sélectionnés pour continuer à recevoir des fonds pour un autre trois ans.

La deuxième phase du projet comprendra un autre atelier de guérison dans chacune des 14 communautés de la région. Les premiers ateliers ont porté sur les traumatisme non résolus et le deuil. Ceux de la deuxième phase iront plus en profondeur au sujet des traumatismes et couvriront également des questions reliées à l'agression sexuelle et à la violence familiale.

Constats principaux

Implication des jeunes

Grâce au soutien et à la collaboration des écoles et de la Commission scolaire Kativik, la participation des élèves du secondaire dans pratiquement chaque communauté est excellente, ce qui veut dire que beaucoup de jeunes ont tiré profit des ateliers.

Implication des aînés

Un rassemblement de cinq jours des aînés sera organisé à Kuujjuaq en juin 2007. Deux aînés de chaque communauté assisteront au rassemblement et feront partie de l'équipe qui animera les ateliers de guérison communautaire. Les objectifs du rassemblement sont d'aider les aînés :

- à arriver à une compréhension personnelle et collective des stigmates rattachées aux personnes qui ont subi des agressions sexuelles ou physiques ;
- à comprendre la dynamique des survivants de l'agression sexuelle à l'enfance ;
- à explorer le traitement requis par les survivants, les auteurs, les familles et la communauté.

Comité de coordination

Le comité de coordination, composé de représentants de la régie, des deux centres de santé et de la Commission scolaire Kativik, encadre les activités du projet sous l'autorité de la RRSSSN. Les membres se rencontrent à plusieurs reprises chaque année afin de discuter du projet et de fournir une orientation et un soutien.

Les activités prochaines

Publicité du projet

Les efforts de publicisation du projet dans différents médias continueront. Des fonds permettront la production de documents écrits qui seront diffusés à travers le Nunavik.

Il y a également des discussions autour de la production d'un vidéo sur la guérison. Un tel vidéo peut aider la population à mieux comprendre la guérison et pourquoi nous en avons besoin pour bâtir des communautés sécuritaires et saines. Il peut aussi publiciser le projet de guérison lui-même et réfuter les idées fausses et les méconnaissances entourant la guérison.

Suivi

Le grand défi du projet est le suivi de l'atelier. Une solution proposé par le comité de coordination est d'identifier deux personnes qui se rendront dans les communautés afin d'inciter les résidents à assumer le suivi local. Ceci nécessitera une mise de fonds initiale, déjà prévue dans le budget, pour permettre aux communautés d'assurer le suivi aux activités de guérison.

Phase 2 du projet

Dès que le financement de la Fondation pour la guérison des Autochtones sera confirmé, les activités de la deuxième phase des ateliers de guérison communautaire commenceront.

Direction de la santé publique

Message de l'adjointe au directeur de la santé publique

L'année 2007 fut un défi avec l'absence prolongée du directeur de la santé publique; toutefois, le Dr François Desbiens a assuré l'intérim à partir de Québec.

La direction a embauché de nouveaux membres du personnel afin de combler les postes vacants. De plus, le poste de nutritionniste a été muté de la Direction de la planification et programmation à la Direction de la santé publique.

Des points saillants de l'année :

- les résultats de l'enquête *Qanuippitaa*, réalisée en l'automne 2004, ont été diffusés dans la forme d'un DVD dans les trois langues en usage au Nunavik, envoyé à chaque ménage de bénéficiaires sur le territoire. Des documents écrits suivront et seront disponibles à tout organisme qui en fait la demande;
- la planification relativement à la pandémie d'influenza demeure une priorité;
- la poursuite de programmes existants : vaccination, mammographie, contrôle de la tuberculose, etc.

Les agents de notre direction ont tous produit un rapport sur leurs activités respectives; je vous invite à lire ces rapports pour plus d'information sur les activités.

Mes remerciements au Dr François Desbiens et au Dr Jean-François Proulx pour leur soutien pendant l'absence du directeur de la santé publique. Leurs efforts sont grandement appréciés.

Elena Labranche

Protection de la santé publique

Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Immunisation

- Campagne de vaccination contre l'influenza
- Campagne de vaccination contre l'hépatite B pour les élèves de 4e année primaire
- Renseignements pour le public, les clientèles ciblées, les partenaires régionaux et les vaccinateurs en regard du contenu du programme, des maladies évitables, des modalités d'intervention vaccinale et de la performance du programme

Formation

- Travaux à l'élaboration de formation pour les infirmières en immunisation
- Travaux à l'élaboration et la mise à jour d'un programme de formation à l'embauche des travailleurs de garderie visant la prévention des infections en milieu de garde (lavage des mains, désinfection des jouets et locaux, mise à jour de l'immunisation de base, mesures à prendre en situation d'éclosion, signalement à la DRSP, etc.)

Pandémie d'influenza

- Travaux à la finalisation d'un plan régional et d'un plan suprarégional de pandémie d'influenza
- Finalisation du plan régional de santé publique de pandémie d'influenza
- Participation aux conférences de santé publique par le MSSS à Québec

Maladie à déclaration obligatoire

- Suivi et soutien lors des éclosions
- Comptabilisation des cas
- Surveillance

Infections nosocomiales

- Soutien aux activités de surveillance des infections nosocomiales
- Soutien, en accord avec les priorités nationales, régionales et sous-régionales, aux établissements en matière de prévention et de contrôle des éclosions de SARM, SARIV, *C. difficile* et ERV notamment par :
  - la collaboration à l'identification des besoins de formation des travailleurs;
  - la contribution à l'élaboration et à la diffusion d'outils de formation adaptés;
  - la participation à l'investigation des éclosions et au soutien à l'application des mesures de contrôle selon les lignes directrices et les protocoles existants.

Visites des établissements de santé du Nunavik

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté la Régie régionale Nunavik à effectuer des visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention des infections dans les établissements de la région.

Les visites s'inscrivaient dans le cadre des attentes du MSSS quant au suivi d'implantation du *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*. Elles visaient à permettre une appréciation plus complète et pragmatique des mesures mises en place par les établissements pour la prévention des infections nosocomiales. Les visites visaient également à mobiliser les équipes de direction et le personnel impliqué dans la prévention des infections afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à augmenter le sentiment de confiance de la population du Nunavik face à la sécurité du centre de santé (Inuulitsivik et Tulattavik).

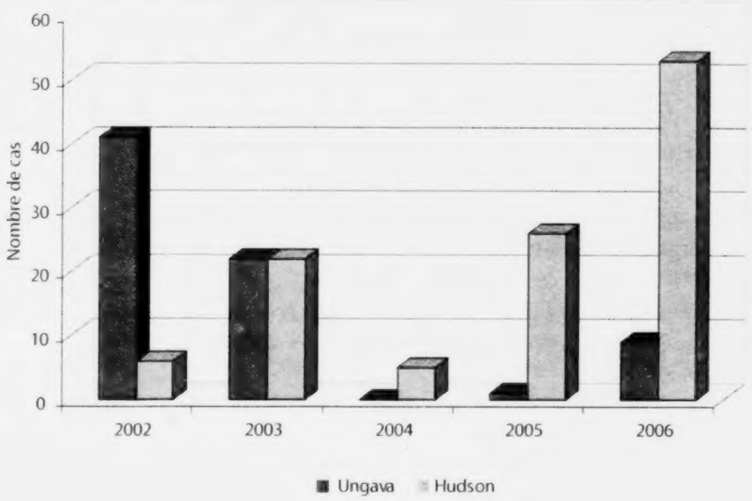
Un rapport final régional de la situation des établissements sera envoyé en mai 2007 au MSSS et aux deux établissements.

Programme des infections transmises sexuellement et par le sang

La période du 1er avril 2006 au 31 mars 2007 représente la première année complète depuis l'implantation du Programme régional des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) en novembre 2005. Tel que mentionné dans le plan d'action 2003-2012, le programme met l'emphase sur deux éléments : la surveillance des ITSS (telles la gonorrhée, la chlamydiose, l'hépatite B et C et le VIH/sida) et l'élaboration de programmes de prévention et d'éducation ainsi que des interventions en partenariat avec les communautés et les organismes.

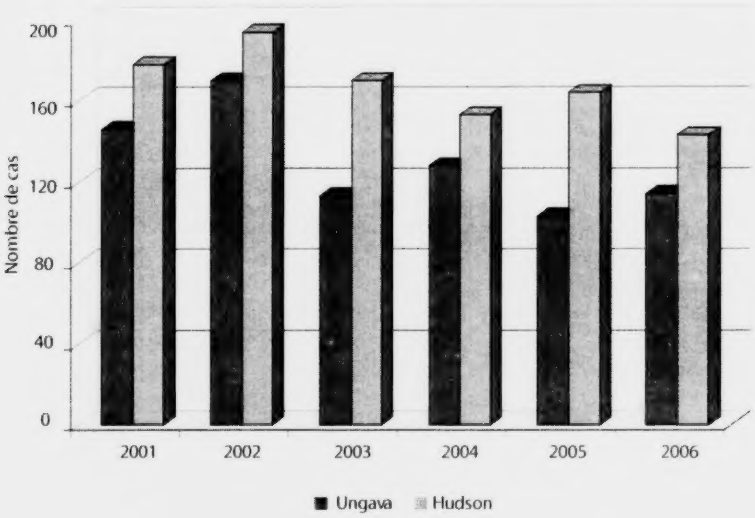
Durant l'exercice se terminant le 31 mars 2007, le groupe d'âge de 15 à 29 ans a encore affiché les taux les plus élevés de chlamydiose et de gonorrhée. Le nombre de cas déclarés de gonorrhée a grimpé constamment depuis 2004 (15). L'éclosion qui est devenu apparente sur la côte d'Hudson en 2005 (27 cas) a perduré durant 2006 (63 cas ; voir le graphique). Il y a eu 11 cas dans les trois premiers mois de 2007.

Nombre de cas déclarés de gonorrhéee, Baie d'Ungava et d'Hudson, 2002-2006



Le nombre d'infections à la chlamydiose génitale a légèrement augmenté de 267 en 2005 à 271 en 2006 (voir graphique).

Nombre de cas déclarés d'infections à la chlamydiose génitale, Baie d'Ungava et Baie d'Hudson, 2001-2006



Autant que possible, tous les cas de chlamydiose et de gonorrhée ainsi que leurs contacts sont traités, avec une enquête épidémiologique complète de chaque cas de gonorrhée. Le Québec et le Canada ont vu une réapparition d'un nombre d'infections transmises sexuellement et par le sang, telles la chlamydiose, la gonorrhée, la syphilis et le VIH. La menace que représentent ces infections perdure dans notre région, ce qui pousse la Direction de la santé publique et les communautés à continuer leurs efforts de prévention et de contrôle des ITSS.

Le programme des ITSS maintient des liens ou des partenariats avec un nombre d'organismes, dont les suivants, et des représentants du programme siègent au conseil d'administration de certains de ces organismes :

- **CIHAN, comité sur la santé sexuelle de Pauktuttit** : ce comité regroupe les régions septentrionales du Canada ; cette année, nous avons participé à un symposium sur la santé sexuelle à Happy Valley-Goose Bay, Labrador;
- **Comité Cercle d'espoir de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)** : ce comité offre des outils et de la formation sur la santé sexuelle aux infirmières et aux intervenants en santé communautaire locaux, tels un forum sur le VIH/sida en octobre ;
- **Centre de l'amitié autochtone de Montréal** : avec une clientèle composée à plus de 60 % d'Inuits, le centre a travaillé en collaboration étroite avec la santé publique en 2006 sur son projet, un pamphlet avec des astuces pour assurer la sécurité personnelle, destiné à ceux qui voyagent à Montréal ; nous espérons diffuser le pamphlet d'ici la fin de 2007 ;
- **Commission scolaire Kativik** : en mars 2007, la commission a donné son approbation pour instaurer dans toutes les écoles de la région un programme d'éducation sexuelle adapté à la culture inuite, aux niveaux Secondaire 1 et 2 (le programme a été présenté dans le rapport annuel de l'an dernier). Notre collaboration se poursuit avec la CSK et la CSSSPNQL sur la formation connexe prévue pour l'automne et destinée aux intervenants des secteurs de la santé et de l'éducation.

Sur le territoire, l'équipe de la santé publique, en collaboration étroite avec les Centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik, travaille activement afin de mieux sensibiliser les communautés aux infections transmises sexuellement ainsi qu'aux rôle et responsabilités de l'individu face à ces infections.

Les activités, dont certaines se poursuivent et d'autres sont en développement, comprennent :

- une rencontre du comité consultatif régional sur les stratégies de prévention (participation de 50 %);
- des présentations auprès de la régie régionale ainsi que l'offre de présentation aux organismes régionaux;
- la recherche d'alternatifs aux CLSC comme points de distribution de condoms;
- une enquête auprès des jeunes sur les activités sexuelles dans le but de cueillir leurs suggestions pour des activités de prévention et de promotion;
- des activités de prévention en milieu scolaire : des activités sont prévues pour l'automne et l'hiver;
- le soutien aux activités de prévention des ITSS lors des fêtes régionales : *Arpiq Jam, Snow Fest*;
- des présentations à la radio et une série de bulletins sur la sexualité sans risque;
- des posters et pamphlets en inuktitut;
- l'élaboration de mesures de prévention relative à la consommation de drogues injectables;
- du financement pour des outils d'éducation sexuelle et de prévention des ITSS;
- la conception de trousses d'outils et de trousses de kiosque pour utilisation lors de tournois, de fêtes, d'expos à l'école, etc.;
- des travaux reliés à la Semaine de sensibilisation à la santé sexuelle (lancement prévu en 2008).

Au niveau provincial, nos activités ont compris :

- la présentation du programme d'éducation sexuelle du Nunavik lors des Journées annuelles en santé publique en octobre (JASP);
- l'élaboration d'une formation sur les ITSS destinée aux infirmières, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- la promotion d'outils provinciaux (guide de dépistage des ITSS) pour appuyer les infirmières dans leur rôle élargi.

Le roulement élevé parmi les professionnels et les intervenants de la santé, les difficultés à obtenir l'engagement des organismes régionaux ainsi que la consommation d'alcool et de drogues comme co-facteur de risque dans la transmission des ITSS sont tous des obstacles à surmonter dans le dossier des infections transmises sexuellement et par le sang.

Toutefois, le Nunavik peut compter sur de bonnes ressources locales et régionales qui, avec de la formation, du soutien et de l'encouragement adéquats et continus, contribueront à mieux sensibiliser les communautés, multiplier les partenariats et, ultérieurement, effectuer des changement durables. L'engagement, le partenariat, la continuité ainsi qu'une bonne assise sont les clés du succès de tout programme, y compris celui des infections transmises sexuellement et par le sang.

Santé au travail au Nunavik

Au cours de l'année 2006, l'équipe de santé au travail du Nunavik a concentré ses efforts d'intervention auprès des travailleurs dans le secteur minier ainsi que celui de l'administration municipale. De plus, nous avons vu à l'application du programme « Pour une maternité sans danger » auprès des travailleuses enceintes ou qui allaitent et répondu aux demandes qui nous ont été adressées par les membres des communautés du Nunavik.

Concernant le secteur des mines, nous avons finalisé en 2006 le processus de mise à jour du programme de santé au travail spécifique à ce secteur. Dans le cadre de l'application de ce programme, des activités de surveillance médicale ont été réalisées auprès de 152 travailleurs possiblement exposés à des risques à la santé (silice, amiante, plomb, risques biologiques) dans leur milieu de travail. Aussi, plus de 350 travailleurs du secteur minier ont bénéficié de sessions d'information sur les effets possibles des risques sur leur santé et sur les moyens préventifs requis.

Des interventions ont été effectuées dans plusieurs municipalités du Nunavik dans le cadre de l'application du programme provincial sur les risques biologiques chez les éboueurs et travailleurs des eaux usées. Ainsi, l'évaluation des risques présents, l'information du milieu et la recommandation de moyens préventifs ont été effectuées auprès des travailleurs des municipalités de Quaqtaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk et Kuujjuaq. Cependant, le départ de notre infirmière en avril 2006 a limité notre intervention sur ce dossier.

Nous avons aussi assuré l'application du programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD) auprès des travailleuses enceintes ou qui allaitent. En 2006, un total de 124 demandes de consultation médicales ont été traitées au Nunavik. Ces demandes proviennent en particulier de travailleuses qui exercent les fonctions suivantes :

- 30 éducatrices en garderie
- 24 travailleuses de la santé
- 20 enseignantes

Au total, 75 demandes (60%) de PMSD proviennent de la région de l'Hudson et 49 (40%) de celle de l'Ungava.

Finalement, plusieurs demandes de service nous ont été adressées en 2006. Ces demandes concernent en particulier les problèmes de santé reliés à la qualité de l'air intérieur, aux risques biologiques, au bruit industriel ainsi qu'aux troubles musculo-squelettiques (TMS) reliés à l'utilisation de postes de travail informatisés. A ce sujet, nous avons organisé en début d'année à Kuujjuaq une session de formation dispensée par un ergonome professionnel sur la prévention des TMS en milieu de travail.

Promotion de la santé

Tabagisme

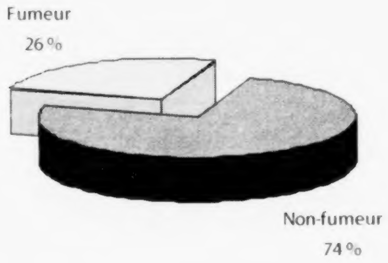
Conseillers en cessation tabagique du Nunavik

Depuis la séance de formation en 2002, des conseillers en cessation tabagique sont installés dans les communautés (13 pour les jeunes et 21 pour les adultes). Cependant, la plupart de ces ressources sont inactives et ne peuvent être contactés. Seulement trois communautés, toutes sur la côte d'Ungava, ont pu fournir des services en cessation tabagique. Néanmoins, l'agente de santé publique responsable de ce dossier a continué à donner un soutien aux conseillers actifs et à les motiver.

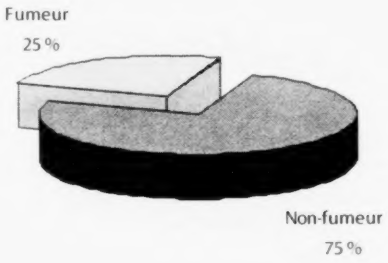
Défi J'arrête j'y gagne

Cette année fut la cinquième année du Défi J'arrête j'y gagne, qui se tient normalement du 1er mars au 11 avril. Pour 2007, nous avons décidé de prolonger le défi de six à neuf semaines, donc du 1er mars au 3 mai, car il y a de plus en plus de jeunes qui fument, leur taux dépassant de loin celui des adultes. De plus, il y a eu plus de donateurs cette année que dans le passé, mais moins de participants : un total de 791, dont 524 jeunes (138 fumeurs et 386 non fumeurs) et 267 adultes (66 fumeurs et 201 non fumeurs). Les participants ont reçu des sacoches et des stylos avec le logo du Défi J'arrête j'y gagne. Des livrets et des DVD—*Se libérer du tabagisme* et *Fumer c'est pas cool : écrase !*—étaient disponibles sur demande durant le défi afin d'aider les individus à s'abstenir. Un total de 50 personnes (47 jeunes et 3 adultes) ont cherché des services de counseling reliés au tabagisme.

Statut des jeunes



Statut des adultes



Plans pour 2007-2008

Avec des compressions au niveau du budget provincial pour le dossier du tabagisme, il y a moins de fonds disponibles pour les interventions reliées à ce dossier. Nous aimerions voir plus d'activités de prévention, de promotion et de cessation dans ce domaine pour l'année à venir. Le livret et le DVD *Se libérer du tabagisme* ont été diffusés aux points de service, et le livret et le DVD *Fumer c'est pas cool : écrase !* ont été envoyés à chaque école du Nunavik, à l'intention des enseignants. Durant la Semaine nationale sans fumer, l'agente de santé publique responsable du dossier du tabagisme a animé une émission radiophonique à travers le Nunavik sur les ondes de la CBC ainsi qu'une émission sur les ondes de radio à Salluit sur le tabagisme. Pour l'an prochain, une section sur les questions reliées au tabagisme est prévue sur le site Internet de la RRSSSN.

Programme diabète

Cette année ne fut pas fructueuse pour le programme de diabète. Nous avions plusieurs projets pour la côte d'Hudson qui n'on pu être terminés dû a un manque de personnel. Le projet *Pivaliatitsijiit* à Puvirnituq a été restructuré afin que les coûts soit réduits au maximum. Comme les programmes n'on pu être offerts sur la côte d'Hudson, nous avons conclu avec madame Denise Picard, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de rediriger les sommes allouées et de démarrer une clinique diabétique à Puvirnituq avec une infirmière inuite.

Un problème similaire s'est présenté sur la côte d'Ungava. Le fait que le poste d'infirmière en santé communautaire n'a pu être comblé avant janvier 2007 a mis beaucoup de retard sur le programme. Les programmes auront lieu le plus tôt possible et possiblement terminés peu après l'année financière 2006-2007. Il reste peu de temps, mais nous sommes confiants de pouvoir livrer à la population les projets tel que prévu.

Le livre de cuisine n'est toujours pas terminé dû à un problème de traduction. Comme nous sommes en manque de traducteurs anglais-inuktitut, et ceux disponibles étaient surchargés de travail, le livre de cuisine fut mis en veilleuse afin de donner priorité aux documents plus importants. Nous espérons toujours avoir les documents manquants au cours de la prochaine année afin que nous puissions finir la mise en page et l'impression, le tout conditionnellement à ce que le financement de ce projet soit toujours maintenu possible grâce au surplus provincial annuel de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour le Québec.

À Quaqtaq, madame Carmen Savoie, infirmière, travaille sur le projet de mise en forme pour les patients diabétiques. Le petit gymnase est fonctionnel et la demande est de plus en plus grande. Le local, soit l'ancienne église, commence à être rempli au maximum et c'est un bon signe car la population semble vouloir se prendre en main. Mme Savoie fait le suivi des patients diabétiques deux fois par semaine et elle donne aussi des cours prénataux dans ce local. Certains professeurs y vont avec des cassettes et préparent des séances de gymnastique. Le local est accessible à toute la population et il est même accessible après les heures d'ouverture.

Au point de vue national, nous sommes à préparer un guide de ressources pour les travailleurs inuits de la santé pour les quatre régions arctiques soit le Nunavik, Nunavut, Inuvialuit et Nunatsiavut. Ce guide est fait en collaboration avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et le *Inuit Diabetes Network* [Réseau inuit de diabète], qui comprend un représentant des quatre régions de l'arctique, un représentant des Inuits urbains à Ottawa, un représentant du comité national des jeunes inuits, un représentant des personnes âgées et un représentant de *Inuit Tapiriit Kanatami*.

Volet « Kino-Québec »

Comme par les années passées, nous travaillons avec l'Administration régionale Kativik et nous leur transférons un montant pour les dépenses encourues par les activités sportives. La plupart des activités sont reliées au hockey et surtout au niveau des tournois.

Dans le cadre d'activités municipales, malheureusement, nous n'avons aucune réponse concernant les municipalités actives. Malgré l'envoi de lettres et d'affiches ainsi que la possibilité d'afficher leurs activités sur le site web de Kino-Québec, personne nous a contacté.

Le concours « École active 2007 », avec une bourse totale de 3 000,00 $, a été lancé et chacune des écoles a reçu une invitation à participer ainsi que les montants attribués dans les trois catégories (aménagement ou achat de matériel favorisant l'activité physique, nutrition, promotion de la sécurité ou de l'éthique sportive dans les activités physiques et sportives). Comme par les années passées, une seule école s'est inscrite. L'école Arsaniq de Kangiqsujuaq nous a présenté deux projets cette année dans le volet nutrition.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein *(PQDCS)*

Initiées lors de l'enquête de santé *Qanuippitaa* en 2004, les cliniques de dépistage du cancer du sein du PQDCS ont été à nouveau offertes aux femmes du Nunavik en 2006. Lors de cette première campagne, 312 femmes admissibles (50-69 ans) ont passé une mammographie de dépistage contre 254 en 2006. Sur les deux côtes, le nombre de participantes était pratiquement égal.

Mammographie en 2004 et 2006 selon le CLSC de résidence de la femme

CLSC de résidence de la femme	Année de la mammographie		Total
	2004	2006	
Hudson	176	108	284
Ungava	136	146	282
Total	312	254	566

Quatre-vingt-cinq pour cent des femmes qui ont passé la mammographie ont eu un résultat normal.

Résultat de la mammographie en 2004 et 2006

Result	Cases (%)
Normal	501 (88.5)
Normal lésion benigne	37 (6.5)
Anormal référence confirmation diagnostique	28 (4.9)
Total	566

Mammographie en 2004 et 2006 selon le groupe d'âge quinquennal

Groupe d'âge quinquennal	Année de la mammographie		Total
	2004	2006	
50-54 ans	106	88	194
55-59 ans	99	89	188
60-64 ans	54	50	104
65-69 ans	53	27	80
Total	312	254	566

En 2006 les lettres d'invitation/rappel/relance ont été simplifiées et accompagnées de dépliants qui donnent de l'information sur le PQDCS. En outre, une demande de traduction du formulaire de consentement en inuktitut a été faite.

Pour 2007, des cliniques de dépistage ont eu lieu à Inukjuak et à Kuujjuaraapik pour les femmes de ces deux communautés et celles d'Umiujaq. Pour ces trois communautés, 85 femmes ont participé à la mammographie de dépistage. Nous attendons la programmation du PQDCS pour les autres communautés.

Surveillance continue de l'état de santé et de ses déterminants

La *Loi sur la santé publique* stipule qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants doit être exercée « afin d'en connaitre l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés » (L.R.Q., chapitre S-2.2, article 4). À l'instar des autres régions, le Nunavik a adhéré au *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* (PCS) qui a été élaboré. La DSP travaille à développer son propre plan régional de surveillance avec, entre autres, des objets de surveillance qui soient sensibles aux particularités géographiques, historiques, économiques, sociales et culturelles de notre région. Nous collaborons activement avec la région 18.

Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et autres données

Les données régionales sur les MADO, en particulier les infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS), ont été traitées, analysées et présentées à la réunion des directeurs à l'hiver 2006. L'analyse des données Med-Echo (récemment acquises) interviendra lors des prochains trimestres. Des démarches sont et seront entreprises pour l'obtention d'autres données statutaires, soit celles sur les décès et les naissances, etc.

Une version simplifiée du profil de santé du Nunavik extrait du document *Portrait de santé du Québec et de ses régions, 2006* a été préparé à l'intention des responsables, partenaires et intervenants de la région. Outre l'étroite collaboration avec toutes les équipes de la DSP et de la régie, le volet recherche est impliqué dans diverses autres activités :

- Participation / représentation à la table de concertation nationale en surveillance;
- Projet de recherche « Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi (projet Dialogue) »;
- Projet de recherche « Gastrointestinal and other syndromic surveillance in Nunavik (QC) communities ».

Nutrition

Le rôle de la nutritionniste à la RRSSSN est de collaborer avec les différents acteurs des communautés afin de réaliser des projets de nutrition répondant aux besoins de la population. De plus, cette personne a pour tâche d'aider les centres de santé de la région à accomplir leur mandats relatifs à la nutrition.

Le poste de nutritionniste a été vacant pendant une partie de la dernière année. Madame Amanda Graham a quitté en août 2006, et nous la remercions grandement pour son travail dévoué au sein de la région. Ce poste fut comblé à la fin de janvier 2007. Il est à noter que le poste de nutritionniste est passé de la Direction de la planification et de la programmation à la Direction de la santé publique.

Activités

- Projet de prévention de l'anémie dans les centres de la petite enfance du Nunavik : Ce projet se fait en collaboration avec l'Administration régionale Kativik et l'Université Laval. Dans le cadre de ce projet, une étudiante en nutrition de l'Université Laval effectue un stage de trois mois en garderie afin de travailler, entre autres, à l'élaboration d'activités éducatives nutritionnelles.
- Soutien à l'Administration régionale Kativik pour la révision et l'élaboration du contenu nutritionnel de programmes ayant trait à l'alimentation.

- Élaboration et distribution de matériels nutritionnels adaptés au Nunavik.
- Offre de services consultatifs en nutrition dans les centres de santé de la région : Cette activité a débuté au cours de la dernière année.

Activités à venir

- *Get Hooked on Nutrition* : Il s'agit d'un bulletin portant sur la nutrition distribué à de nombreux organismes communautaires dans les 14 communautés du Nunavik. Le troisième numéro sera publié au cours de l'année 2007.
- Initiative de nutrition aux épiceries du Nunavik (*Retail-Based Nutrition Intervention*) : En collaboration avec Santé Canada et les magasins de ventes au détail, des recettes santé seront distribuées dans les épiceries du Nunavik.
- Alimentation des jeunes enfants : Différentes interventions seront réalisées pour assurer une nutrition adéquate de ce groupe d'âge. Par exemple : soutien aux intervenants et actions pour assurer la disponibilité des aliments adéquats dans la région.
- Informations nutritionnelles en inuktitut : Une description à la saveur régionale des éléments nutritifs de mets produits dans la région.
- Séances de formation en nutrition aux intervenants de la région.
- Promotion de la saine alimentation : Réalisation d'interventions radiophoniques, d'affiches promotionnelles, de rencontres de groupes.
- Poursuite de la mise en œuvre du projet de prévention de l'anémie dans les centres de la petite enfance du Nunavik : Une étudiante en nutrition est attendue à l'automne 2007.

Santé dentaire

Cette année a vu une baisse au niveau des services dentaires préventifs. Avec le départ de deux hygiénistes dentaires durant l'année, les services se sont concentrés sur les enfants dans les écoles et les garderies. Les activités principales en prévention dentaire furent la promotion de bonnes habitudes d'hygiène dentaire, l'application topique de fluorure ainsi que l'application de résine de scellement.

La situation au niveau du personnel et des ressources dentaires est devenue une préoccupation. Depuis 1985, il n'y a eu aucun ajout au plan du personnel et des ressources, et ce, malgré une hausse de 75 % de la population. Avec la collaboration du MSSS, un comité a été créé avec l'objectif principal d'établir une description précise de la situation et de formuler des recommandations concernant le personnel et ressources dentaires requis par la population actuelle.

Direction des services administratifs

Message du directeur

Cette année, la Direction des services administratifs a réalisé des activités variées. Non seulement elle a offert des services de soutien de base à tous les points de service du Nunavik (incluant les centres de santé, les CLSC et le Module du Nord québécois), mais elle a dû aussi satisfaire à des exigences particulières fixées par le MSSS. En ce qui a trait au financement, les mesures suivantes ont été prises :

- un comité financier régional a été créé, afin de faciliter l'échange de renseignements jugés prioritaires entre le MSSS, la RRSSSN et les deux centres de santé du Nunavik;
- un nouveau logiciel financier et comptable a été installé, afin d'améliorer la communication de l'information financière;
- des modifications ont commencé à être apportées à certaines politiques relatives aux ressources humaines.

Par ailleurs, la Direction a consacré du temps aux dossiers de construction de logements à l'intention des employés. Vingt-six unités de logement seront construites au Nunavik pour le personnel de la RRSSSN et des centres de santé. Enfin, même si la Direction accuse encore un déficit, il importe de mentionner expressément que les services de soutien de base offerts au Nunavik seront maintenus.

Silas Watt

Services administratifs

Les responsabilités principales de la Direction des services administratifs consistent en l'affectation des fonds et la gestion du budget régional des services de soutien, la planification des ressources humaines, la gestion des ressources informationnelles et la gestion des immobilisations de la RRSSSN et des deux centres de santé de la région. La Direction veille à respecter les politiques et les procédures établies pour le réseau de la santé québécois lors de la réalisation de ces activités.

À l'échelle régionale, la Direction est chargée d'affecter des fonds aux deux centres de santé de la région et de faire le suivi de leurs résultats financiers. En outre, elle gère les opérations d'emprunt requises pour couvrir le déficit de fonctionnement des deux centres de santé. Les activités de gestion des immobilisations incluent, pour leur part, la rénovation et l'entretien des bâtiments, ainsi que le remplacement de l'équipement spécialisé et de l'équipement médical.

À l'interne, la Direction est chargée du budget de fonctionnement de l'organisme et du financement provenant des gouvernements provincial et fédéral. Elle accorde également des fonds à des organismes communautaires, dont le Centre de traitement pour les toxicomanes adultes Isuarsivik, les refuges pour femmes et le Centre de réadaptation Sapummivik. Enfin, la Direction s'occupe du bureau régional et des unités de logement destinées aux employés.

Ressources financières

Pour l'exercice financier 2006-2007, le MSSS a autorisé des dépenses s'élevant à 94,4 millions de dollars pour le Nunavik, soit 89,8 millions de dollars en crédits et 4,6 millions de dollars en déficit autorisé, excluant les fonds d'immobilisations. Malgré tout, le déficit des deux centres de santé pour l'exercice 2006-2007 devrait être considérablement plus élevé que le déficit autorisé.

RÉPARTITION	2005-2006 (millions de dollars)	2006-2007 (millions de dollars)
ÉTABLISSEMENT		
Centre de santé Inuulitsivik	26.4	33.8
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	29.8	28.4
FONDS AFFECTÉS		
Services de santé assurés/non assurés*	17	19.6
Autres	1	0.5
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		
Maisons des jeunes	3.3	3.4
Autres	2.1	2.1
Réserve – projets spéciaux devant être réalisés	1.4	2
TOTAL DES TRANSFERTS	81	89.8

*Sommes estimatives – renseignements non reçus des centres de santé

Budget de fonctionnement

En 2006-2007, la Direction a reçu 4,4 millions de dollars pour son budget de fonctionnement. Elle avait reçu l'an dernier 3,7 millions de dollars. En outre, la Direction des services administratifs offre du soutien aux autres directions de l'organisme, soit la Direction générale, la Direction de la planification et de la programmation et la Direction de la santé publique.

Fonds affectés

En plus du budget de fonctionnement susmentionné, la RRSSSN a reçu directement du MSSS en 2006-2007 une enveloppe régionale de 19,6 millions de dollars destinée à des activités particulières.

Fonds d'immobilisations

La RRSSSN a transféré 2,7 millions de dollars pour la réalisation de divers projets d'immobilisations tels que le remplacement de l'équipement (y compris de l'équipement médical), ainsi que l'entretien et la rénovation de bâtiments.

Financement du fédéral

Enfin, la RRSSSN a reçu environ 4,7 millions de dollars du gouvernement fédéral. Contrairement aux fonds provenant du gouvernement provincial, les accords de contribution sont conclus pour une période d'un an entre la RRSSSN, d'une part, et Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, d'autre part. À la fin de chaque année, les fonds non dépensés doivent être retournés au gouvernement du Canada.

Immobilisations et équipements

Comme dans les années précédentes, le personnel de ce service a été très occupé, surtout avec les nouvelles autorisations d'emprunt du MSSS qui furent approuvées et, dans certains cas, majorées pour le maintien des bâtiments, des projets spécifiques en CHSLD et des rénovations fonctionnelles. L'équipe du service a coordonné le comité sur les équipements médicaux spécialisés afin de présenter les besoins de la région, en collaboration étroite avec Inuulitsivik et Tulattavik.

La réalisation principale pour 2007 fut l'approbation par le MSSS d'un budget de 9 000 000,00 $ pour la construction de 13 duplex : 5 pour Tulattavik à Kuujjuaq, 3 pour la RRSSSN à Kuujjuaq et 5 pour Inuulitsivik à Puvirnituq. Ce projet devrait s'achever d'ici le début novembre 2007.

En étroite collaboration avec les deux centres de santé, nous travaillerons prochainement sur un projet majeur, soit la relocalisation de la Maison Nunavik à Montréal.

Système d'information

Télésanté

La télésanté continue à être utilisée davantage dans les deux centres de santé de la région (Inuulitsivik et Tulattavik); par contre, le projet n'a pas été déployé dans les 12 points de service de CLSC, faute de liens de télécommunication adéquats. Nous travaillons avec les instances provinciales et régionales afin d'obtenir un rehaussement des liens de télécommunications dans les 12 points de service de CLSC.

Des équipements de vidéoconférence sont aussi déployés à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (située à Kuujjuaq), le Module du Nord québécois ainsi qu'aux bureaux administratifs du Centre de santé Inuulitsivik à Montréal.

Plan directeur des ressources informationnelles

Le plan directeur des ressources informationnelles (PDRI) a été déposé au MSSS en janvier 2007.

Le PDRI intègre donc les orientations ministérielles en matière de télésanté, de systèmes cliniques, de systèmes administratifs et de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. La perspective retenue est de couvrir l'ensemble des besoins d'une région en matière de technologies de l'information pour les trois années à venir (2007-2010).

Dans le cadre de l'organisation régionale de services intégrés, tous les acteurs de la région reconnaissent l'importance d'améliorer la qualité et le partage de l'information dans une dynamique recherchée de mise en réseau : un réseau d'établissements, un réseau de services, un réseau de professionnels, un réseau d'information.

L'organisation régionale et son plan de mise en œuvre influencent grandement les choix d'informatisation. Les responsables des ressources informationnelles de la RRSSS Nunavik travaillent à positionner le présent plan directeur des ressources informationnelles en s'appuyant sur l'expertise disponible.

Dossier de santé du Québec

La région du Nunavik participera au projet du dossier de santé du Québec. La régie régionale en a fait une priorité régionale. Elle a également associé le dossier santé avec le plan directeur régional des ressources informationnelles et indiqué la nécessité d'accélérer le projet de cadre global des actifs informationnelles, volet sécurité, afin de répondre aux exigences de sécurité et de protection des renseignements personnels que le dossier de santé du Québec implique.

Le dossier de santé du Québec s'inscrit dans un vaste plan visant à introduire de nouvelles technologies de l'information pour améliorer la qualité des soins et faciliter l'accès aux examens et aux traitements.

Le fait que les intervenants aient accès à des informations de santé pertinentes plus rapidement et plus facilement se traduira par un gain d'efficacité. C'est une clé qui permettra de réduire les temps d'attente pour les usagers, d'éliminer les examens de laboratoire réalisés en double et d'augmenter le temps que les médecins pourront consacrer à leurs patients.

Sécurité

La mise en place du cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux, volet sécurité, est en cours. Le but de ce dernier est de garantir la confidentialité des informations et protéger les actifs informationnels selon les normes de la *Loi d'accès à l'information* ainsi que de protéger l'accès physique et logique aux systèmes informatiques. Un plan de relève est en développement et pourrait être déployé au courant de l'année 2007-2008.

La réalisation d'une politique sur la sécurité des ressources informationnelles se poursuit et nous allons continuer d'informer les gestionnaires et mettre davantage l'accent sur l'importance de la sécurité dans tous les établissements de santé de la région.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓯᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ANNUAL REPORT

2006-2007

from April 1st, 2006 to March 31, 2007

Our Rationale

The well-being of the entire Nunavik population

Our Mission

Plan, organize, apply and evaluate programs to serve our population

Our Objective

Improve our population's state of health

Our Values

Autonomy, respect, participation, appreciation of our human resources and collaboration with our partners

Table of Contents

Nunavik – 'A vast occupied territory' 1

The Nunavik Health and Social Services Sector 3

- The Nunavik Regional Board of Health and Social Services 3
- The Institutional Network in Nunavik 5

Chairperson of the Board of Directors' Message 6

Board of Directors 7

Executive Management 9

- Message from the Executive Director 9
- Regional Department of General Medecine 10
- Emergency Prehospital Services and Emergency Measures 12
- Users' Rights 13

Planning and Programming 16

- Message from the director 16
- Introduction to Support Programs 17
- Medical Services 18
- Mental Health Services 20
- Suicide Prevention 21
- Family Violence and Sexual Abuse 22
- Persons Lacking Autonomy 23
- Community Organizations funded by the *MSSS* 26
- Federal Government Programs 27
- Development of Professional Resources 29
- Child, Youth and Family Programs 30
- Healing Together Using Our Traditional Values and Ceremonies Project 33

Public Health 35

- Message from the Assistant to the Director of Public Health 35
- Protection of Public Health 36
  - Prevention and Management of Communicable Diseases 36
  - Sexually Transmitted and Bloodborne Infections Program 37
- Occupational Health 40
- Health Promotion 41
  - Smoking and Tobacco 41
  - Diabetes Program 42
  - Kino-Québec 42
  - Québec Breast-Cancer Screening Program *(PQDCS)* 43
  - Ongoing Surveillance of Health and its Determining Factors 43
  - Nutrition 44
  - Dental health 45

Administrative Services 46

- Message from the Director 46
- Administrative Services 47
- Fixed Assets and Equipment 49
- Information Systems 49

Annex : Summary Financial Report

Nunavik – "A Vast Occupied Territory"

The Region and Its People

Nunavik, the Inuit region of Québec, is a vast territory that covers more than 500 000 square kilometres. It includes tundra and taiga zones and has a varied landscape—mountains, boreal forest, innumerable lakes and rivers and the wide open beauty of the sea.

There are different interpretations of the word 'Nunavik.' To some people, Nunavik means 'the place where we have landed.' In Tamusi Qumak's dictionary of Inuktitut, Nunavik means 'a massive land occupied by animals.'

Today, Nunavik is home to approximately 10 000 inhabitants, 90% of whom are Inuit, living in 14 villages along the coasts and rivers: Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq and Kangiqsualujjuaq.

Each community has its own municipal infrastructure and modern essential services that are adapted to the North. For example, houses and other buildings have running water, which is delivered daily by truck from local reservoirs.

There are no roads to Nunavik; travel and shipping to and from the region are by airplane and freight ship.

With the exception of Kuujjuaq, these small communities are dispersed along the 2 500 kilometres of shoreline that border Nunavik, some on the east coast of Hudson Bay, others on the coasts of the Hudson Strait and Ungava Bay. Kuujjuaq is located a little farther inland, upstream on the Koksoak River, directly at the tree line, straddling taiga and tundra. With its population of 2 000 inhabitants, it is the largest community of the region, which also makes it the administrative centre of Nunavik.

Regardless of the distance that separates them from one another, the warm-hearted Inuit, who were once nomads, like to visit each other. However, since the Nunavik communities are not linked together by roads, the inhabitants must travel by aircraft, boat or snowmobile, depending on the season, to go from one village to the next. No matter how cold it can get, this makes for warm encounters.

Since the majority of the Nunavik population is Inuit, Inuktitut is the language most used in the region. On the other hand, due to the federal government's predominant presence in the region's previous administration, the use of English is also widespread, especially in the workplace, and this more than French, although the latter is making considerable progress.

If you would like to know more about the region, please visit: www.nunavik.ca.

Inuit Health Indicators

The health indicators for Inuit of Nunavik are substantially worse than for the rest of Québec: life expectancy is 16 years lower, infant mortality and hospitalization rates are four times higher, and there are high rates of infectious diseases. The causes of the high mortality rate include malignant tumors, cardiovascular diseases, respiratory diseases, tobacco-related complications and alcohol-related accidents. Also, Nunavik's suicide rate is more than seven times higher than that of the rest of Québec: rates among youth between 15 and 19 years of age are 46 times higher and those among young adults between 20 to 24 years of age are 23 times higher.

Since the cost of living is much higher in Nunavik due to transportation-related costs, an estimated 43% of Nunavik households live below the poverty line, compared to 17% for Quebec.

Nunavik also suffers from a shortage of housing, with more than 500 families or individuals registered on a waiting list. Although the average number of persons per household is 4.72, it is not rare to see 10 to 12 persons living under the same roof. Moreover, although some dwellings have up to five or six rooms, a large number of them have less, which contributes to a higher number of persons per room in Nunavik (0.93) than in all of Québec (0.5).

Sources

- Health and social services in Nunavik
- NRBHSS Executive Summary, 2007
- Nunavik Regional Plan against an Influenza Pandemic, Health Mission, draft document, NRBHSS, 2006
- *2005-2006 Annual Report*
- Avataq Cultural Institute Website

The Nunavik Health and Social Services Sector

The Nunavik health and social services network comprises the Nunavik Regional Board of Health and Social Services, the Inuulitsivik Health Centre (Hudson Bay) and the Ungava Tulattavik Health Centre (Ungava Bay).

The basis for the development of health and social services in the Nunavik region was established by the *James Bay and Northern Québec Agreement* of 1975 (*JBNQA*) and its complementary agreements. The organization of health and social services remains under the auspices of the provincial system, but it is adapted to the region's characteristics.

Because of its population size and sociocultural characteristics, Nunavik is a privileged place where the curative and the preventive mix, a place where activities in promotion, prevention and protection are carried out very harmoniously and smoothly, as much in the health sector as in social services.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services

For the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (*MSSS*), Nunavik is administrative health region 17. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) manages a budget of close to 100 000 million$ dollars, destined for health and social services for the populations of the 14 communities.

The NRBHSS employs about 45 Inuit and non-Inuit workers and includes an Executive Management Department, a Public Health Department, a Planning and Programming Department and an Administrative Services Department.

A board of directors of 20 members oversees the NRBHSS:

- 14 representatives, one for each community in Nunavik;
- The executive directors of both health centres (Tulattavik and Inuulitsivik, two members);
- A member appointed by the board of directors of each health centre directly from the representatives elected by the villages (two members).
- A representative chosen by the board of directors of the Kativik Regional Government (KRG);
- The Executive Director of the NRBHSS.

Besides the functions directly connected with administration, the board of directors is responsible for identifying the priorities with regard to the population's needs in health and social services, priorities that are presented at the public information meeting held annually by the NRBHSS.

The law requires that the board of directors of the regional board and the institutions consist of a majority of Inuit members.

Health Centres

Service provision is organized locally and by subregion—Hudson Bay and Ungava Bay—and is centred at two multi-role institutions, the Ungava Tulattavik Health Centre in Kuujjuaq and the Inuulitsivik Health Centre in Puvirnituq. These institutions assume the missions of general- and specialized-care hospital centres (15 beds per centre) as well as long-term care facilities (10 beds).

The Tulattavik Health Centre works in partnership with the Municipality of Kuujjuaq and the Kativik Municipal Housing Bureau in connection with a 10-bed nursing home. A day centre for the elderly has also been established in Kuujjuaq.

Other services provided include child and youth protection, with two departments of Youth Protection, one for each of the Ungava Bay and Hudson Bay coasts. Facilities include one regional 14-place rehabilitation centre in Salluit, two subregional 8-place group homes in Puvirnituq and Kuujjuaq and a CLSC (point of service) in each of the 14 villages.

At present, a CLSC point of service exists in each community, comprising a team of professionals from varying sectors and disciplines offering a range of health and social services to the population. The composition of the team varies from one community to another, based on the size of the community and the functions of the team.

Second-line health services in Nunavik are limited. Recourse to resources outside Nunavik is the norm for practically all specialized medical examinations and treatment. Some are offered by the two health centres, notably by visiting specialists, such as gynecologists, psychiatrists, orthopedists, etc. If adequate specialized or ultra-specialized services cannot be provided, the client is referred to service providers in the South under the McGill RUIS agreement or other agreements.

Patient services in Montreal serve as liaison and support in these cases of transfer, ensuring reception, transportation, lodging and interpretation services, as well as liaison with the northern institutions.

A five-bed regional intensive crisis centre, located in Puvirnituq, offers second-line mental-health services. Clients can also be referred to the CHUM Notre-Dame (two beds).

Chairperson's Message

Alasie Arngak

After several years of intensive and sustained effort, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services is pleased to announce that its Strategic Regional Plan, prepared in collaboration with the Tulattavik Health Centre and the Inuulitsivik Health Centre, was completed in the past year.

The process to reach agreement on the Strategic Regional Plan with the *MSSS* is to be initiated in the near future. We are confident that the measures contemplated by this plan can be implemented to improve the health and social wellness of *Nunavimmiut*.

It is only with rapid access to human, financial and capital resources that the Nunavik network will be able to achieve the different priorities. Ultimately, the strong partnership and deep involvement of the authorities of each community and our partners will be essential to accomplishing our common goal, a healthy and happy population in Nunavik. None of us can do it alone. Together, we cannot fail to succeed.

Last of all, I would like to acknowledge the contribution and dedication of all the health and social personnel of the Nunavik network. As well, on behalf of the board members, I would like to take this opportunity to express our sincere thanks to the NRBHSS directors and employees for their dedication and hard work.

Board of Directors

In 2006-2007, a new board of directors was appointed. We would like to thank all the members for their contribution and commitment during their mandate.

The NRBHSS congratulates the members who were newly appointed or reappointed for this three-year mandate and is looking forward to close cooperation to meet our common objective to improve the state of health of all *Nunavimmiut*.

Composition of the Board of Directors

April 2006 to February 2007:

1.	Argnak, Alasie	Chairperson, Kangiqsujuaq representative
2.	Oovaut, Johnny A.	Vice-Chairman, Quaqtaq representative
3.	Pomerleau, Madge	Executive committee member, Tulattavik Executive Director
4.	Weetaluktuk, Eva	Executive committee member, Inukjuak representative
5.	May, Jeannie	Secretary, NRBHSS Executive Director
6.	Adami, Ainalik	Ivujivik representative
7.	Annahatak, Christina	Tasiujaq representative
8.	Annahatak, Jaasi	Ungava Tulattavik BOD representative
9.	Baron, Christina	Kangiqsualujjuaq representative
10.	Cain, Sarah	Aupaluk representative
11.	Cookie, Paulossie	Umiujaq representative
12.	Ezekiel, Padlaya	KRG representative
13.	Inukpuk, Noah	Inuulitsivik Executive Director
14.	Kenuajuak, Aisara	Puvirnituq representative
15.	Matte, Peter	Akulivik representative
16.	Niviaxie, Lizzie	Kuujjuaraapik representative
17.	Papialuk, Peter	Inuulitsivik BOD representative
18.	Pinguapik, David	Kangirsuk representative
19.	Quananack, Eva	Salluit representative
20.	Tagoona, Sara	Kuujjuaq representative

During the session on December 11, 2006, Jeannie May, NRBHSS Executive Director, was re-appointed as secretary following her return from maternity leave. Gilles Boulet served as secretary from February 23, 2006, to December 11, 2006.

The members of this board of directors attended three regular sessions as well as the annual general meeting, adopting 42 resolutions. The executive committee held seven meetings. No policies were adopted or revised during the fiscal year.

Composition of the Board of Directors on March 31, 2007

February 2007 to March 31, 2007

During the session on February 20, 2007, the board of directors elected from among their ranks the following members of the executive committee:

Chairperson:	Alasie Arngak, representative of Kangiqsujuaq
Vice-Chairperson:	Madge Pomerleau, Tulattavik Executive Director
Secretary:	Jeannie May, NRBHSS Executive Director
Member:	Eva Weetaluktuk, representative of Inukjuak
Member:	Noah Inukpuk, Inuulitsivik Executive Director

1.	Argnak, Alasie	Chairperson, Kangiqsujuaq representative
2.	Pomerleau, Madge	Vice-Chairperson, Tulattavik Executive Director
3.	Weetaluktuk, Eva	Executive committee member, Inukjuak representative
4.	Inukpuk, Noah	Executive committee member, Inuulitsivik Executive Director
5.	May, Jeannie	Secretary, NRBHSS Acting Executive Director
6.	Ainalik, Adami	Ivujivik representative
7.	Akpahatak, Maggie	Aupaluk representative
8.	Alayaco, Lucasi	Akulivik representative
9.	Baron, Christina	Kangiqsualujjuaq representative
10.	Ezekiel, Padlaya	KRG representative
11.	Kanarjuak, Saira	Inuulitsivik BOD representative
12.	Kauki, Annie Munick	Tasiujaq representative
13.	Kumarluk, Willie	Umiujaq representative
14.	Niviaxie, Lizzie	Kuujjuaraapik representative
15.	Oovaut, Johnny A.	Quaqtaq representative
16.	Pinguapik, David	Kangirsuk representative
17.	Quananack, Eva	Salluit representative
1.8	Tagoona, Sara	Kuujjuaq representative
19.	Tukkiapik, Charlie	Ungava Tulattavik BOD representative
20.	Uitangak, Elisapi	Puvirnituq representative

The members of the board of directors attended one regular session, adopting one resolution. The executive committee held one meeting.

Executive Management

Jeannie May

Message from the Executive Director

I would like to take this opportunity to share with you our activities for 2006-2007.

Upon my return from maternity leave in November 2006, the NRBHSS was working on a number of activities. At that time, we were in the final stages of our seven-year strategic plan. Our staff and the committee overseeing the process invested much hard work in this plan.

As mandated by the board of directors, our staff was busy organizing healing and community intervention workshops for the communities as well as for the employees of health and social services.

Following an invitation from the Parliamentary Committee on Social Affairs to attend a hearing, and with the support of my staff, a status report on the Nunavik health and social services network was prepared. Unfortunately, due to the provincial elections, this event, scheduled for February 2007, was cancelled.

We were also invited to attend the Katimajiit Conference. In preparation for this occasion, we prepared a five-year plan for health and social services, for integration into our strategic plan. This event was postponed until the near future, and we are looking forward to presenting our report.

Besides these additional activities, our staff continued to work on our regular ongoing files in a diligent manner. I would like to extend my gratitude to our wonderful team at the NRBHSS. Our members have contributed immensely to the organization's success. By participating in the *Team Building and Communication* workshop organized in January 2007, they have demonstrated their dedication to the well-being of *Nunavimmiut*.

Lastly, I would like to thank the board of directors for its continued support and guidance in my work. With the ongoing support of Alasie Arngak, Chairperson, I have been able to move forward in my role as Executive Director.

I would also like to acknowledge our regional and provincial partners in our efforts at working together more closely in order to deliver our services to the population.

Nakurmik !

Regional Department of General Medicine

The Regional Department of General Medicine (RDGM) was created in Nunavik in February 2006 and was officially recognized by the *RAMQ* and the *FMOQ* in June 2006. Its mandate is to provide recommendations for the regional board's Executive Management relative to planning of medical manpower in general practice, formulate proposals and clinical projects and provide its opinion on the planning and provision of general medical services.

Mission

More specifically, the RDGM must provide recommendations for the regional board and ensure the execution of its decisions relative to:

- the regional medical manpower plan in general medicine;
- the medical services under programs taking priority;
- the list of specific medical activities.

Further, it must define, propose, apply and evaluate:

- the regional plan for organizing general medical services;
- the access network for general medical care which could include a network for integrated duty services.

The RDGM plays an essential role of rapprochement between the physicians of both Nunavik subregions and permits an understanding of the realities of members working in the field in order to identify their problems. Its composition is representative of the territory's two subregions and the isolated practices in the points of service and the institutions.

Organization of the RDGM

In 2006, four meetings were held by the RDGM's steering committee and two general meetings were held with all the members. Two visits were also made to Puvirnituq, where discussions were held between representatives of both subregions.

Service Organization

In Nunavik at present, all the physicians respond to the requirements of specific medical activities by offering first-line services of good quality according to the available resources. Aside from operational emergency services day and night, a network for integrated duty services through an intraregional collaboration would permit better sharing of resources, through the exchange of clinical or paraclinical services by permanent or temporary teams (replacement physicians).

Replacement Resources

On this topic, Nunavik consumes enormous replacement resources. These replacement efforts do not necessarily signify an improvement in first-line services, but rather temporary case management for essential services. The high personnel turnover leaves many vulnerable patients without follow-up in a system that is lacking in effective case management.

Family-Medicine Groups

The physicians are not currently organized in family-medicine groups and the constant turnover does not permit optimal case management. Many patients remain orphaned and the lack of service integration slows down a system that already lacks resources. The RDGM has adopted the objective of implanting service-reorganization projects to improve access to care, better integrate the various services offered in the subregions and manage the patients from a perspective of ongoing care of good quality.

Needs in Medical Manpower

The Nunavik population is a growing one with varied needs and is spread out over a vast territory. The RDGM's steering committee, in collaboration with the subregional medical teams and the regional board, will review the needs in medical manpower in the region's various environments—points of service and institutions—in view of proposing a new, regional organization plan for first-line medical services.

Maintenance of Existing Manpower

The RDGM team has adopted the mission of examining the manpower shortage and the means to apply to improve retention of medical manpower. Teamwork and collaboration between colleagues, a well-structured field organization, and the quality of practice and intellectual stimulation resulting from teamwork must be pursued as objectives by the physicians of our region.

Clinical Projects

Several clinical projects are under development by the executive members of the RDGM in response to the request from all the physicians in the Nunavik territory, including:

- the improvement and integration of teleradiology services within the McGill RUIS, in collaboration with the *Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique* [Regional department of medical and university affairs and physical health];
- distribution of financial resources from the perspectives of hiring and maintaining manpower;
- reorganization of emergency services and air evacuation;
- standardization of practices relative to the broadened role of the territory's nursing teams;
- management of the region's medical manpower plan;
- setup of a network for integrated duty services for the entire region.

Importance of the *RDGM-NRBHSS-FMOQ* Alliance

Whether we are speaking of practices relative to the broadened role of nurses, specialized air-evacuation services or the North's cultural particularities, all medical services are greatly affected and necessitate a more structured medical supervision. The RDGM, fruit of the *FMOQ*'s work, offers a legal structure that responds to those needs. The Nunavik population demands accessible physicians, and the physicians have unanimously expressed their desire to manage that accessibility through the RDGM.

As expressed by Dr. Dutil, *FMOQ* Chairman, "the RDGM is the voice of the territory's general practitioners, expressing their field view of the population's needs."[1] The *FMOQ* must become more concerned and aware of the problems, particularities and innovations in the northern regions. Similar problems in the other regions are present everywhere in northern Québec, but the northern context differs greatly in terms of other problems. The support of the regional board and the *FMOQ* is vital for reinforcing a system in difficulty and improving the quality of services in our territory.

---

[1] http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/DRMG/DRMGv2n1.pdf

Emergency Prehospital Services And Emergency Measures

Emergency Prehospital Services

During 2006-2007, we were able to continue the implantation of emergency prehospital services in Kangirsuk and Akulivik. The first step, delivery of equipment, is complete. The second, training for first responders, will be complete in June 2007. A new team of instructors will arrive in the field to renew certification for the first responders already at their post and train new candidates in the communities of Salluit, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujjuaq, Inukjuak and Kuujjuaraapik.

Further, we are planning implantation of those services in Umiujaq and Quaqtaq for 2007-2008.

Note that the first responders' service is appreciated by all those offering emergency prehospital services of good quality during the various emergencies that arise.

Regional Emergency-Measures Plan

The regional emergency-measures plan, translated into Inuktitut at the request of the members of the NRBHSS board of directors, was approved at the board session of June 2006.

After the Minister of Health and Social Services registered the Quebec pandemic-influenza plan, health mission (QPIP-HM) in March 2006, the NRBHSS created a committee with the task of designing a specific plan for Nunavik, the regional pandemic-influenza plan (RPIP), which was registered on May 31, 2006.

As scheduled, the Ungava Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres and their partners registered their local pandemic-influenza plan (LPIP) in October 2006.

These specific plans provide for the implantation of non-traditional health-care sites (NTSs) to offer care adapted to various emergencies while ensuring the continuity of the services offered by all the institutions. Five non-traditional sites were identified: Kuujjuaq, Puvirnituq, Inukjuak, Salluit and the Northern Quebec Module (MNQ) in Montréal.

Further, to prepare for any situation that might overwhelm our capacity to intervene, a supraregional pandemic-influenza plan (SPIP) was created in collaboration with the regions Nord-du-Québec, James Bay and Abitibi-Témiscamingue.

Users' Rights

One of the goals of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services is to ensure respect for the users' right. At the Regional Board, the Ungava Tulattavik Health Centre and the Inuulitsivik Health Centre, one person is designated to receive and examine complaints relative to services. It is this person's responsibility to provide assistance to users in formulating a complaint or in any other step relative to complaint review.

There were several amendments to the *Act respecting health services and social services* in the past years, especially those related to complaints mechanisms. Priority should be placed on a complete review of the complaint-examination procedure in Nunavik.

This year, the NRBHSS has received no complaint.

Ungava Tulattavik Health Centre

As prescribed by the *Act respecting health services and social services*, below is the 2006-2007 annual report on user complaints regarding service provision by the Ungava Tulattavik Health Centre.

As shown in the tables below, for the year ending on March 31, 2007, out of a total of 19 complaints, 13 have been processed, 5 are awaiting conclusion and 2 were forwarded to the organizations that provided the services. The other tables present details of the nature of these complaints, with the organization of services and inappropriate behavior being the reasons evoked most often.

Table 1

Total:	19*
Complaints processed:	13
Complaints pending:	5
Complaints transmitted to another institution for processing:	2

* Complaint no. 128 was also forwarded to N. Inukpuk, acting complaints officer at the Inuulitsivik Health Centre, as it concerned services received at Nunavik House.

* Complaint no. 122 was forwarded to the complaints officer of the Montreal Children's Hospital, as it is related to services provided by that institution.

Table 2

Nature:	19*
Organization of services:	9
Inappropriate behavior:	7
Medical services:	3
Confidentiality:	2
Misunderstanding:	1

* Complaint nos. 124, 128 and 135 involve two reasons each.

Table 3 presents the department concerned while table 4 shows the number of complaints over a five-year period.

Table 3

Department:	19*
Community Services and Rehabilitation:	10
Nursing and Hospital Services:	3
Professional Services:	2
Technical Services:	1
Youth Protection:	1
Purchased services:	1
Services provided by another institution:	3

* Complaint nos. 128 and 135 involve two departments.

Table 4

Number of complaints per year between 2002-2003 and 2006-2007	
2002-2003:	9
2003-2004:	3
2004-2005:	12
2005-2006:	15
2006-2007:	19

As indicated in last year's report, our clientele are more aware of their rights and how to exercise them. Complaints are also indicators of how we can improve service delivery.

Based on the nature of the complaints as well as the observations, the operations in two activity sectors, namely the provision of front-line services in Kuujjuaq and the follow-up for patients with a chronic illness, should be reviewed.

The lack of permanent general practitioners is not specific to our region; nevertheless, our institution has to rely on replacement physicians in order to fill its medical manpower plan. Effective mechanisms must be implemented to ensure that medical services are provided in a timely and adequate manner for our clientele.

In addition to our curative mission, the preventive aspect of our mandate should also be addressed. That is why we must find creative ways to raise the population's awareness of several major public health issues, such as teenage pregnancies, as well as various illnesses brought on by the rapid change in lifestyle (diabetes, substance abuse, etc.).

By consolidating the organization of existing services and programs, not only will our institution be able to increase the efficiency of our physical, human and financial resources but we will also improve the quality and quantity of services rendered while reducing the impact of high personnel turnover on those services.

As one of the functions of the complaints officer is to circulate information to improve the understanding of rights and obligations and because of the several amendments to the *Act respecting health services and social services* in the past years, especially those related to complaints mechanisms, priority should be placed on a complete review of the complaint-examination procedure and code of ethics.

Among several amendments, one concerns the creation of a watchdog committee (vigilance and quality). Its composition is as follows:

- three members selected from among the board of directors and not working for the institution,
- the Executive Director,
- the complaints officer.

The duties of this committee are the following:

- receive and analyze the reports and recommendations sent to the board of directors on the pertinence, quality, safety or effectiveness of the services provided, the enforcement of user rights or the handling of user complaints;
- establish a systemic link between those reports and recommendations and draw from them the conclusions necessary to make recommendations under subparagraph 3;
- provide recommendations for the board of directors and draw from them the conclusions necessary to make recommendations under subparagraph 2;
- provide recommendations for the board of directors on actions to be taken following those reports or recommendations in order to improve the quality of user services;
- ensure the follow-up, with the board of directors, of the board's implementation of the recommendations made under subparagraph 3;
- promote joint action and cooperation among the stakeholders concerned by subparagraph 1;
- ensure that the local service quality and complaints commissioner has the necessary human, physical and financial resources required to assume the responsibility of office effectively and efficiently;
- exercise any other function that the board of directors considers useful in fulfilling the mandate entrusted to the committee under the first paragraph.

Taking into consideration the work required to promote user rights and review all documents related to complaints, as well as the steady increase in complaints received in the past years, the board of directors should consider granting official status to the position of complaints officer in the institution's register of positions and allocate a number of weekly hours to be spent exclusively on this issue.

Inuulitsivik Health Centre

No information available.

Planning and Programming

Message from the Director of Planning and Programming

During the year 2006-07, the Planning and Programming team succeeded in a number of accomplishments. We consolidated our assets and planned programs in accordance with the board of directors' guidelines.

The reorganization of the Department of Planning and Programming, begun in 2005, has borne fruit. The Children-Youths-Family team supported the development of first-line services for youths and the setup of prevention programs, including the Healthy Schools project. Further, support for the reorganization of Youth Protection remained a priority. We actively collaborated in the implantation of a range of measures, including a revision of processes, training for management and personnel and the setup of a regional admissions committee, with the collaboration of a consultant made available to us by the *MSSS*.

The results of the *RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Quebec)* [Research and action on psychoactive substances, Québec] study on drug and alcohol use conducted in four villages will be circulated shortly. After the report is submitted, the regional committee will provide its recommendations on the services and resources to set up.

The Support Programs team works on problems that are prevalent in the region: suicide, family violence and sexual abuse. After submitting the plan of action for suicide prevention, we obtained recurrent funding under the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, which aims at increasing resistance and protection factors and thus reducing the risk factors linked to youth suicide. The training program that was established was offered to the coordinators of the youth centres and local workers.

In the portfolios of violence and sexual abuse, we worked at supporting the women's shelters after succeeding in obtaining authorization for the construction of a new centre in Salluit, thanks to the collaboration of the Kativik Municipal Housing Bureau (KMHB). We are presently planning a symposium on the problems of violence and sexual abuse, to be held in the spring.

The visits to the 14 communities continued under the healing program. The project is funded by the Aboriginal Healing Foundation, whose mission is to support aboriginal peoples and encourage them to design, develop and strengthen durable healing processes that target the effects of sexual and physical abuse suffered in residential schools, including intergenerational repercussions. Healing is often poorly understood; the recognized approach is that used in treatment of post-traumatic stress syndrome. The project team obtained funding for another three years.

Among the management concerns, training is an important one. We organized or supported a range of training programs destined for the management and workers of the health centres and the community network. In the context of the North, the logistics necessary in training sessions represent a considerable challenge as well as additional tasks for the workers; we planned more than 300 trips, which involved airfare and hotel reservations and other organization.

After submitting the document *Service Offer in Nunavik*, we remained preoccupied with the launch of clinical projects. We applied for funding under the federal Health Transition Fund in order to obtain budgets to hire project leaders in the three organizations. The work should start in September; with the clinical projects aiming at ensuring a response to the health and well-being needs of the territory's population.

Claude Bouffard

Introduction to Support Programs

Multidisciplinary Approach

With the new program-management structure in the Department of Planning and Programming, a multidisciplinary approach was established and the officers are required to interact in order to make progress in their respective portfolios. Everyone will benefit from a more global view of the problems and issues. The support programs consolidate the following portfolios:

- physical health;
- mental health and suicide prevention;
- family violence and sexual abuse;
- home support;
- community organizations;
- resource development.

Moreover, as the portfolios cover a varied clientele of all age groups, the support-program team also works closely with the team responsible for programs for children, families and youths.

This method of working led to the setup of the following multidisciplinary committees:

- committee on suicide prevention;
- committee on sexual abuse;
- committee on substance abuse.

Guiding Principles

The work initiated by the officers during the year were guided by the following principles:

- *Collaborate with our partners*: Work jointly with our collaborators from both health centres as well as with all regional partners concerned with the same issues. Thus, protocols for collaboration are being prepared in certain portfolios, including suicide prevention and sexual abuse;
- *Ensure a continuum of services*: Ensure the planning of actions at all levels (prevention, intervention, treatment and follow-up);
- *Involve the communities*: Reinforce the communities' role in identifying needs and providing services;
- *See to the development of resources in the communities*: Set up initiatives to support the communities in their actions;
- *Work while ensuring respect for Inuit culture and particularities.*

These principles, which should guide us constantly, are our primary indicators for success.

Medical Services

Medical Manpower

The number of physicians practising in the territory saw fluctuations during the year. Out of the 16 general practitioners registered at the start of the year, 7 left definitively and 2 left on one year's leave without pay. Of the remaining 9, 2 practise at half time and 7 at full time. During the year, 3 new physicians, 2 at full time, joined the teams.

Regional Physician Fund

An amount of $563 907 was devoted to non-negotiated incentives for physicians. Of that amount, the sum of $395 527 was used for installation and maintenance premiums as well as for fellowships in obstetrics. Eleven summer sessions for medical students were organized at a cost of $68 907. An amount of $157 725 covered promotion and recruitment activities.

Decentralized Medical Training

A total of $128 000 served for academic practicums for clinical clerks and residents in family medicine, primarily from Laval University and McGill University.

With the help of McGill University, the region is attempting to obtain accreditation for residencies in specialized medicine to support the fees for residents who accompany specialists when they visit the North. That measure should privilege the recruitment of new specialists and thus facilitate access to specialized services.

Participation in the McGill RUIS

Early in the spring of 2006, the administrators of the McGill RUIS made a visit to Nunavik, during which the region's needs were explained to them, especially the need to increase the presence of certain specialists in the North. The visit was notably an opportunity for representatives of the RUIS to experience the particular realities of Nunavik.

A position for a coordinating physician for services for adults was created at the MUHC. That position will permit, among other things, facilitating the patriation of specialized medical services to Nunavik, reducing the number of transfers from Nunavik and facilitating transit for patients once they are in Montreal. At the same time, discussions began with the McGill RUIS to finalize a draft comprehensive agreement binding that university network with the Nunavik region.

Telehealth

Certain obstacles remain in the deployment of telehealth, fully under way, in Nunavik. The issue of bandwidth in the communities other than Puvirnituq and Kuujjuaq has not yet been resolved. The development of telehealth also requires the addition of local and regional human resources to coordinate the various activities. Finally, the transmission of X-rays from the PACS in the North remains the topic of discussions.

Pandemic

The creation of a regional plan to face a potential influenza pandemic required much energy from the regional board teams. Medical services are responsible for the physical health component, which consists of eight elements: the self-care guide, home-care services, Info-santé/Info-social, emergency prehospital services, provision of services and priorities for care, antiviral treatment, non-traditional health-care sites and disposal of remains. To deal with the likely overload in Montréal, the ministry asked Regions 08, 10, 17 and 18 to prepare a supraregional plan with Chibougamau as central point for activities.

Transfers to the South

The statistics of the Northern Québec Module reveal a constant increase in transfers from the North. That rate constitutes one of the major indices permitting evaluation of the service network set up. The number of patients went from 1 921 in 2003-2004 to 2 322 in 2006-2007, an increase of 21% in three years. In 2000-2001, that number was only 1 444. During the same period, the escort-to-patient ratio went from 1.8 to 1.6, compared to one escort to two, sometimes even three, patients in the past.

These figures are indicative of the population's growth, the recent appearance of debilitating chronic diseases and changes in styles of practice, but also the lack of continuity in health care in the North. The shortage of physicians leads to the presence of replacement physicians who are often not particularly involved in long-term follow-up. This is a situation that will not be resolved before the arrival of new cohorts of physicians planned for the coming years.

Mental Health Services

Supervised Housing to Foster Independent Living

Through a partnership between the Ungava Tulattavik Health Centre (UTHC), the Kativik Municipal Housing Bureau (KMHB) and the NRBHSS, an eight-person residential facility for individuals experiencing mental health problems and intellectual deficiencies was built.

The staff at the supervised housing offer residents a balance between autonomy and support. They will teach residents basic living skills, serve as a positive role model, promote social skills and help residents with an opportunity to improve their integration and employability in the community.

Training in Mental Health for the Region

Training sessions were conducted by the Douglas Hospital staff at the Anaraaluk Reintegration Centre (Inukjuak) and the Aaniavituqarq Crisis Centre (Puvirnituq). These sessions were designed for non-professional personnel (resident guards and educators) working with people with mental health problems. This set the stage for ongoing on-the-job training and support offered to the Inuit staff. Additional training on behavioural management, team work and medication is planned for 2007.

Inuit-Specific Mental Wellness Action Plan – "Alianait"

Nunavik and the other Inuit regions across Canada are engaged with Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) in a multi-partner process to create an Inuit-specific national strategy that reflects Inuit mental wellness and priorities. This will become part of a 10-year strategic action plan to make governments aware of an Inuit-specific approach and to advance the mental wellness of Inuit and First Nations.

In order to secure funds to implement the action plan, the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada (FNIHB) will send a memorandum to the cabinet in the fall of 2007.

Mental Health Research

A four-year research project began in Nunavik. Researchers from the Quebec public health institute (INSPQ) started examining access to front-line mental health services and continuity of care. The goal and objective of the research is to identify the most appropriate approaches in order to provide access and a continuity of services for living with mental health problems.

The researchers will document the experience of patients receiving mental health services. This will facilitate the adaptation of the *MSSS 2005-2010* plan of action in mental health to the Inuit population and will support local and regional partners with the implementation of services for individuals living with mental health problems.

Suicide Prevention

Living Works Suicide Prevention Training Program

A pilot project was conducted in February and March 2007 with two five-day coaching and ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) workshops delivered in Inuktitut. Four Inuit front-line workers attended a "Living Works training for trainers T4T workshop" sponsored by Health Canada; in turn, those workers gave the workshops to over 50 coordinators and facilitators from the 14 youth centres (Nunavik Youth House Association).

The Living Works ASIST workshop teaches caregivers of all types, including community traditional helpers, to be better prepared and ready to offer "first aid" assistance to a person at risk of committing suicide.

Suicide-Prevention Strategic Action Plan 2005 – 2010 for Nunavik

In view of the *National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy*, the NRBHSS, in collaboration with the health centres, developed a strategic action plan that was submitted to Health Canada. Funding amounting to $167 390 has been allocated for fiscal 2006-07. The action plan targets the youth population aged 10 to 30 years with locally driven community actions for preventing suicide in the region.

In order to ensure sustainability and ongoing funding, a regional partners suicide-prevention committee was assembled. This committee is comprised of Inuit organizations, the health centres and the NRBHSS and is working on an agreement on a regional suicide-prevention strategy that is in the process of being signed by all the partners. The goal is to link with and complement existing and proposed actions, improve and increase efforts to respond to crises and intervene more effectively in preventing suicide.

Proposed projects to be developed are:

- training for community wellness workers;
- pilot project for traditional counsellors;
- Healthy Schools;
- Gatekeeper program;
- Community Outreach program – suicide prevention;
- healing camps for families.

Quebec's Initiative on Suicide Prevention

The *MSSS* closely associates mental health and suicide prevention and has revised its measures to implement the Quebec strategy for preventing suicide, *Help for Life: Québec's Strategy for Preventing Suicide*.

Family Violence and Sexual Abuse

One of the NRBHSS' objectives is to support initiatives aimed at fighting family violence, through actions aimed at reinforcing existing organizations and through appropriate funding, according to the means placed at our disposal by the *MSSS*.

This year, we hired a new officer in charge of both portfolios. Her objective is to consolidate our support, in collaboration with the officer in charge of community organizations.

Women's Shelter

There were two significant events this year:

- The hiring of a new director at the Tunngavik Women's Shelter of Kuujjuaraapik. Upon assumption of her duties, she received on-site training, and the first clients received services shortly thereafter. The official reopening took place on July 27. That reopening permitted reestablishing contact with the municipal administration, social services and police departments of both the Inuit and Cree communities.
- Construction of the new Initsiak shelter in Salluit was made possible thanks to the cooperation of the Kativik Municipal Housing Office, through the program Affordable Housing Quebec - Kativik Component. Construction was completed in the fall and the official opening was held in March.

The two directors of the women's shelters in Kuujjuaraapik and Kuujjuaq participated in a four-day training session on basic management skills, held in Kuujjuaq.

Upcoming Projects

Workgroup on Conjugal Violence

In accordance with the Government of Quebec's plan of action in conjugal violence, the NRBHSS will coordinate the setup of a regional advisory committee to determine certain specific actions in Nunavik, jointly with existing initiatives as well as those included in the governmental plan of action.

Committee on Sexual Abuse

The NRBHSS set up an internal committee with the responsibility of establishing a plan of action to fight sexual abuse in the communities. That plan of action will be implemented jointly with our regional partners, including the KRPF, *CAVAC*, health centres and CLSCs, and will take into account the services offered by the partners, help identify shortcomings and enable the setup of service protocols between the partners.

The committee's work includes discussions with the health centres so that services may be offered to victims according to a holistic approach, as encountered in the designated centres in the South. That approach calls for the victim to be admitted and treated according to an action model set up by a multidisciplinary team (physicians, nurses, social workers and psychologists) and a protocol that ensures respect for the person.

Regional Symposium on Family Violence

A regional symposium will be held in Kuujjuaq to enable regional social workers and community representatives to discuss intervention, prevention and initiatives to set up to fight family violence.

Persons Lacking Autonomy

This program has two components: the federal First Nations and Inuit Home and Community Care Program (Health Canada) and the provincial Home-Care Policy (*MSSS*).

Health Canada funds nine positions--one regional and two subregional home-care coordinators and six nurses--as well as some medical and technical-aid equipment for home care.

The *MSSS* funds supplement home-care service delivery in the remaining eight communities and allow for hiring local home-care workers. The provincial policy promotes a multidisciplinary team approach and the use of a multi-clientele autonomy assessment tool, which has been introduced to the regional home-care teams.

The *MSSS* funds also support the development of residential resources for elderly persons with significant loss of autonomy as well as adapted transportation.

National Engagement: Continuing Care

The NRBHSS sent two participants to the Circumpolar Conference on Health in Novosibirsk, Russia, in June 2006. The Continuing Care Research Study conducted in three Nunavik and several First Nations communities across Canada was presented to an international audience from the circumpolar regions and was received with considerable interest.

The NRBHSS along with ITK continued active participation in various continuing-care national committees in order to represent Inuit-specific concerns and needs. It is expected that several high-profile studies, documents and proposals will be presented to the federal government in order to request funding for filling in the gaps in continuing care for the aboriginal communities.

Regional Engagement: Home-Care Services

This year marked the fifth year of Heath Canada's First Nations and Inuit Home and Community Care (FNIHCC) Program, which is supplemented by *MSSS* funding for home care.

The table below compares home-care client and service data from the past two years, for example: number of clients, number of home visits and hours of services provided. (Figures from two six-month periods are compared as the annual statistical report is not yet available for this year.)

Home-care Services

Description	2005	2006
Number of clients	740	820
Total number of home visits	13 176	13 665
Total hours of services provided	25 349	21 967
Total hours of services not provided	608	3 300
Total hours of nursing services	6 895	4 416
Total hours of assisted-living services	4 489	7 606
Total hours of homemaking services	2 222	6 778

As can be seen here, we note an increase in services in the areas of assisted living and homemaking. However, the major finding from this report is the significant increase in the number of hours of services we are not able to provide, due to the lack of funding.

Pretraining for Home-Care Workers: Pilot Project

Home-care workers, known in the region as *family helpers* and *family social aids*, receive minimal or no training prior to their hiring. As mentioned in the above section, the demand for their services has doubled. An increased pool of qualified local home-care personnel is required in the region. This need is being addressed by the Regional Training Project for Home-Care Workers coordinated by the NRBHSS.

Phase 2 of the training was preceded by a pretraining project, *Consulting with the Communities*. A team consisting of a project coordinator and a local consultant travelled to the smaller communities that were not included in Phase 1 of the training in order to establish links with leaders and partners to pave the way for Phase 2. The pilot project started on March 5. The following communities were visited: Quaqtaq, Tasiujaq, Kangiqsujuaq, Aupaluk, Akulivik, Umiujaq and Kuujjuaraapik.

The training consists of seven modules provided in the above-mentioned communities. It was launched with Module 1 in Tasiujaq on April 30.

Recruitment and retention of home-care workers in the region is a challenge. Phase 1 has shown that offering training to these workers increases their confidence and motivation as well as their effectiveness within a team.

Tusaajiapik Nursing Home

The facility provides long-term beds for seniors who have more significant loss of autonomy; respite beds for clients whose families need support and a day centre for seniors who continue living at home but take part in a variety of therapeutic and recreational activities. Professional services of an occupational therapist continue to be offered and two nurses are on site to provide services as well as transfer knowledge to the local workers.

Tusaajiapik – Occupancy Rates

Occupancy	Percentage
Long-term care	95%
Respite	66%

Tusaajiapik – Day-Centre Activities

Description	Number
Presences	981
Transportation	416
Activities	944
Hours of activities	1473

NRBHSS Involvement and Support in Various Initiatives

The following are examples of our various involvements:

National Elders' Day and National Family Week: The celebration took place in October 2006 at the Kattitavik Town Hall. Staff from the Ungava Tulattavik Health Centre (UTHC), Tusaajiapik and Pitakallak School worked hard to make this event a success.

Elders Committee: Initiated by the Kativik Regional Government (KRG), the committee was attended by the NRBHSS and representatives of various regional organizations. Seniors' pressing needs, concerns and vulnerabilities were discussed by the participants.

Usijiit Transportation Service: A protocol was established with the NRBHSS serving as link between the KRG's transportation department and the regional health and social services network in order to develop a process of registering new users.

Housing adaptations for persons with physical disabilities: The NRBHSS provides funds for a study on costs required to make the adaptations. The Kativik Municipal Housing Bureau (KMHB) contributes significantly in terms of funding and carrying out these adaptations.

"Opening a Window" workshop: Organized by the healing committee, the workshop was a two-day event for interveners and managers of the health and social services network as well as other local, regional and provincial organizations. Its objectives were to increase awareness of how past traumas affect individuals and communities, explore ways of coping and healing and provide participants with an opportunity for exchange.

Conclusion

Many positive initiatives emerged over the course of the past year. Various communities started preparing projects for the benefit of seniors and other persons lacking autonomy. However, due to limited funds, the NRBHSS is unable to support these initiatives to the full extent.

Community Organizations Funded by the *MSSS*

The community organizations are essential partners of the NRBHSS and the health centres. Their contribution to the improvement of community well-being is recognized by the *MSSS* through the granting of a specific fund.

Funding

The funds released by the *MSSS* are distributed by the NRBHSS after a process of examining proposals submitted by each recognized community organization. In 2006-2007, 10 such organizations received a total of $2 333 346.

Community	Organization	Contribution
Violence and abuse		
Kuujjuaq	Tungasuvvik Women's Shelter	$400 000
Salluit	Initsiaq Women's Shelter	$347 000
Kuujjuaraapik	Tunngavik Women's Shelter	$250 000
Kuujjuaq	Qajaq Network	$122 400
Young offenders		
Nunavik	Makivik Youth Justice Committee	$87 476
Substance abuse		
Inukjuak	Aanarraapik Treatment Centre for Youths	$250 000
Kuujjuaq	Isuarsivik Treatment Centre for Adults	$470 000
Elderly persons		
Kuujjuaq	Tusajiaapik Nursing Home	$207 537
Puvirnituq	Sailivik Nursing Home	$88 933
Mental health		
Kuujjuaq	Ungava Community Residence (6 months of operation)	$110 000
	Total	$2 333 346

Note that thanks to an accumulated surplus, we were able to provide additional support for the following organizations for their specific projects or actions: Qajaq Network, $100 000 for projects; Isuarsivik Centre, $100 000 for upcoming training; Ungava Community Residence, $40 000 to furnish apartments.

Training

Management Skills

A four-day training session on basic management skills, leadership, conflict resolution, policy development, relations with the board of directors and so forth was held. The training was offered to the directors of the community organizations of Kuujjuaq, Kuujjuaraapik, Puvirnituq and Inukjuak.

Upcoming Training: Roles and Responsibilities of Boards of Directors

In connection with our actions to support skills development, we are planning on organizing training sessions in 2007-2008 for members of boards of directors. That activity was planned for this year; however, it had to be postponed due to lack of consensus on the date for the session. The objective is to help board members better understand their roles and responsibilities and provide them with the basics to follow up actions, procedures, policies and regulations.

Federal Government Programs

Brighter Futures Program

The Brighter Futures Program is a federal program for community-based projects involving children 0 to 18 years old. The 14 Nunavik communities carried out various projects during fiscal 2006-2007. Funding for projects under this program is available through application and with the support of the municipality concerned. The overall purpose of the Brighter Futures Program is to improve the quality of and access to culturally sensitive wellness services at the community level to help create healthy family and community environments.

This year's projects were quite diverse and included cultural activities such as dog-team races and traditional clothing workshops, projects involving families, workshops on traditional healing and counselling, and self-esteem and motivational activities. The plan for the next year will be to revisit some communities to continue promoting this program and to inform them of projects that can have positive impacts on the community, such as encouragement and support in increasing the knowledge and skills of personnel involved in service delivery in the communities. We are optimistic about this program and its impacts at the community level.

Brighter Futures Program Total Funds - 2006-2007

Community	Amount
Akulivik	$ 13,000.00
Aupaluk	$ 25,872.84
Inukjuak	$ 0.00
Ivujivik	$ 23,100.00
Kangiqsualujjuaq	$ 59,780.00
Kangirsuk	$ 187,182.45
Kangiqsujuaq	$ 60,990.00
Kuujjuaq	$ 137,134.57
Kuujjuaraapik	$ 23,486.00
Puvirnituq	$ 101,146.37
Quaqtaq	$ 76,270.40
Salluit	$ 49,733.84
Tasiujaq	$ 14,970.00
Umiujaq	$ 33,640.00

Community/Neighbourhood Wellness Program

This program, which is part of the federal Mental Health/Building Healthy Communities Program, funds the salaries of the community/neighbourhood wellness workers in the 14 Nunavik communities. The wellness workers are supervised under the CLSC operations. They are part of an existing team, although they do not provide first-line services. They act as support for the first line by linking with various local organizations in promotion and prevention activities.

The Inuulitsivik Health Centre recruited a coordinator in Inukjuak for the wellness team and hired community wellness workers in Puvirnituq, Inukjuak and Salluit this year. Akulivik is still awaiting the hiring of a community wellness worker. Training and ongoing support are provided for each worker by the new coordinator.

The Ungava Tulattavik Health Centre had community wellness workers in Kuujjuaq, Aupaluk, and Kangiqsujjuaq, as well as in Kangiqsualujjuaq for part of the year.

Funding is transferred to the Inuulitsivik and Tulattavik Health Centres.

Allocation of funding to the Ungava Tulattavik Health Centre	$299,756.00
Allocation of funding to the Inuulitsivik Health Centre	$366,368.00

Development of Professional Resources

The principal training activities in 2006-2007 were the provincial training program and Inuit management training.[1]

Provincial Training Program

In 2002, in response to a requirement by the *MSSS*, the NRBHSS implanted the provincial training program in Nunavik. The program's objective is to improve the quality of the services offered by workers in youth protection, social services and rehabilitation. In 2006-2007, modules 1 and 2 of the common core (network) were provided for all the workers. Specific modules destined for workers in youth protection (general skills for youth protection) began in the winter of 2007 (module 1) and will be completed in the fall of 2007.

Table 1. Provincial Training Program

Module	Place	Dates	Participants
Common core, network 1	Kuujjuaq	April 20-22, 2006	18
Common core, network 1	Kuujjuaq	April 24-26, 2006	17
Common core, network 1	Puvirnituq	May 16-18, 2006	22
Common core, network 1	Puvirnituq	May 21-23, 2006	22
Common core, network 2	Puvirnituq	September 19-22, 2006	15
Common core, network 2	Puvirnituq	September 25-28, 2006	11
Common core, network 2	Salluit	October 1-4, 2006	13
Common core, network 2	Salluit	January 16-19, 2007	16
General, youth protection 1	Kuujjuaq	February 6-9, 2007	14
General, youth protection 1	Puvirnituq	March 12-16, 2007	13
Total sessions	10	Total participants	161

Inuit Management Training

Launched jointly with McGill University and the Kativik School Board, the training program for Inuit managers permits developing the skills of existing managers. In 2006-2007, two courses were offered in the region and about 10 managers participated. The courses involved integrating organizational management skills for application in the participants' respective fields of work.

Table 2. Inuit Management Training Course

Module	Place	Dates	Participants
Management in health and social services	Puvirnituq	April 3-10, 2006	6
Management in health and social services	Kuujjuaq	May 2-9, 2006	5
Organizational evaluation, health and social services	Puvirnituq	November 14-21, 2006	5
Organizational evaluation, health and social services	Kuujjuaq	Nov. 24 - Dec. 1, 2006	3
Total sessions	4	Total participants	19

Contribution of the Kativik Regional Government

The table below shows the KRG's participation in training activities.

Training	Contribution
Inuit management training	$124 036.00
Provincial training program	$197 424.00

[1] The training program for visiting homemakers is covered in the section on persons lacking autonomy.

Child, Youth and Family Programs

After reorganization in January 2006, when all programs destined for children, youths and families were placed under the same coordination, the new organizational structure enabled us to develop teamwork between professionals experienced in the fields of activity which encompass first- and second-line services for the entire program aimed at youths in difficulty. Further, the programs for suicide prevention and addictions related to alcohol consumption and substance abuse among youths were also placed under that coordination. Those two problems, which are wreaking havoc among Nunavik's youth, are part of the great development challenges over the coming years.

The reorganization now enables us to channel development and consolidation efforts for youth-specific programs.

First-Line Services

In the context of first-line psychosocial services, the objectives will be to support the institutions in consolidating current services under the program for youths in difficulty, increase the first-line service offer and support the institutions in setting up a continuum of services for youths and families living in a situation of vulnerability.

Support for the Family

The young-parents support program is well integrated into the CLSC services in Puvirnituq. Deployment in the other Hudson communities remains a challenge. Regional meetings between the partners (KSB, health centre, early-childhood centre, youth protection) are planned to pool efforts toward promoting the program and reviewing the service offer for young parents. Training for psychosocial workers is also planned to help launch the young-parents support program on the Ungava coast.

For its part, the Kativik School Board continued its program of parental-skills workshops destined for young parents, workers and community members. That program has been deemed a success within the network.

Participation in Parental-Skills Workshops Program, 2006-07

Community	Parents	Young Parents	Secondary students	Community members
Kangirsuk	39	11	24	43
Inukjuak	32	4	19	76
Ivujivik	32	7	13	39

The regional subsidy program to support families living with a handicapped child or youth is in its second year of operation. The program is currently under the regional board's management but will be decentralized to the institutions once a statistical data bank is created, with a recurrent budget from the *MSSS*, to ensure the program's continuity. In 2006-2007, nine applications for family support were funded through this program for a total of $17 000. The objective is to double applications for 2007-2008.

Healthy Schools

This program proposes a comprehensive and concerted set of practical guidelines to improve healthy life choices and academic success and involves mobilizing and coordinating the actions of the several partners in the community, under the coordination of the school.

Under this program, two pilot projects (Salluit and Kangiqsualujjuaq) were deployed with the collaboration of the KSB, the KRPF, Sapuutit, the CLSC and community members.

An assessment of the two pilot projects led to the suggestion of focusing on new directions for this program, on the basis of concrete projects, and for which securing of adequate funding for local initiatives will be a major concern of regional authorities.

Intellectual Impairment

The development of an evaluation tool, the Adaptive Behaviour Scale, initiated with the cooperation of the *UQAM* in 2005, is nearing completion. This tool will help in identifying specific rehabilitation needs for persons whose intellectual impairment involves deficits in adaptive behaviour. A preliminary version of the screening instrument will be validated for the general population in the spring of 2007 and another version is being developed for the school-age population. The tool will be presented at an international conference in Vancouver in the summer of 2007 by the project's initiators and then at the McGill RUIS as a reference tool.

Speech-Therapy Project

Two years ago, the NRBHSS launched a project to develop speech-therapy services. The initial step consisted of assessing the demand for such services in Nunavik. The results clearly demonstrated that there is a sufficient number of children with language disorders or retarded language development. In light of that study, in 2006-2007 the NRBHSS undertook procedures in collaboration with the Tulattavik Health Centre and the KRG (early-childhood centre) to identify the most effective means of offering speech-therapy services in Nunavik. A work team composed of Inuit professionals and two speech therapists was created, with the task of proposing a model for speech-therapy services for Nunavik preschoolers. It will also work on developing prevention activities and intervention tools in Inuktitut.

Substance Abuse

The results of the *RISQ* study initiated in 2004 will be released in the fall of 2007 to the four communities that participated in the study. Those results will form the basis for a regional plan of action on this issue and will consider prevention and promotion components, notably through the Healthy Schools Program, as well as treatment and after-care services.

Second-Line Services

Since the release of the reports by the *Commission des droits de la personne et de la jeunesse* [Human and youth rights commission], the regional board has remained preoccupied with the specialized, second-line services provided for youths and families. To ensure it is constantly informed of the situation of youths in difficulty and the services rendered for them, the regional board set up a follow-up committee with both health institutions. Moreover, it will actively participate in the reorganization of services at both youth centres and will continue the clinical and administrative support for both departments of Youth Protection, the CLSC and rehabilitation services.

Youth Services

The Ungava and Hudson youth centres are facing a high number of accepted reports: 777 cases in Nunavik, 58% of which involve neglect. For 2007-2008, emphasis will therefore be placed on support for the institutions

in developing CLSC psychosocial programs destined for the most vulnerable families (workshop on parental skills, family-support program, etc.).

The report on the reorganization of services provided by the Ungava Department of Youth Protection, begun in 2005, is now ready for presentation to the board of directors of the Tulattavik Health Centre for approval. Representations with the *MSSS* will follow to seek the funding necessary to apply the accepted recommendations.

The Inuulitsivik Department of Youth Protection will also be consulted to review its service organization in the fall of 2007.

With the objective of developing a community approach in the work with young offenders, training involving the justice committees, workers, police and the Crown prosecutor was provided last spring in Puvirnituq and Kuujjuaq. For 2007-2008, the objective is to create a socio-judicial committee with the same partners to ensure sound practices with that clientele.

Rehabilitation Services

Ongoing administrative and professional support is maintained for Sapummivik's rehabilitation services, particularly in regional coordination activities (admissions committee, policies and procedures).

These statistics illustrate that this 10-bed facility is being fully used and beds hardly remain unoccupied as new residents fill in places that become available.

Sapummivik Admissions and Releases, 2004-05 to 2006-07

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Admissions	36	27	31
Releases	31	16	17

This year has witnessed the need for rehabilitation services for youth with multiple needs as they manifest behavioural disorders, intellectual impairment and psychiatric problems concurrently. These are needs that may be increasing in Nunavik and will require more specialized resources and improved programs and services.

Healing Together Using Our Traditional Values and Ceremonies Project

In February 2006, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services received funding from the Aboriginal Healing Foundation (AHF) to conduct healing workshops in the Nunavik communities.

This provided for the continuation of the healing workshops that have been held in the Nunavik communities over the previous two years. The following sessions were scheduled:

- Kangiqsujuaq: April 2006;
- Kuujjuaraapik: September 2006;
- Kuujjuaq: October 2006
- Tasiujaq: February 2007;
- Aupaluk: March 2007.

All communities of Nunavik have now had a healing workshop.

In recent months, the AHF has indicated that it will be receiving additional funding from the federal government to continue healing initiatives in Aboriginal communities across Canada. The Foundation has confirmed that this healing project is one of the projects selected to continue receiving funds for an additional three years.

The second phase of the project will include another healing workshop in each of the 14 Nunavik communities. The first workshops dealt with unresolved trauma and grief. Phase 2 of the workshops will go further into trauma and include issues related to sexual abuse and domestic violence.

Main Findings

Youth involvement

Thanks to the support and the cooperation of the community schools and the Kativik School Board, the participation of secondary school students in almost every community has been excellent. This means that many youths have benefited from the workshops.

Elder participation

A five-day gathering of elders in Kuujjuaq will be held in June 2007. Two elders from each community will attend the gathering and will be part of the team that conducts the community healing workshops in the future. The objectives of the gathering are to assist elders in:

- attaining a personal and collective understanding of the stigmas present in our society regarding persons who were sexually or physically abused;
- understanding the dynamics of survivors of childhood sexual abuse;
- exploring the treatment necessary for survivors, perpetrators, families and the community.

Coordinating Committee

The coordinating committee, composed of representatives of the regional board, the two health centers and the Kativik School Board, continues to steer the activities of the project under the auspices of the NRBHSS. Several meetings are held each year to discuss issues around the project and provide direction and support.

Future Activities

Project marketing and publicity

Efforts will continue to publicize the project through different means. If funding is obtained, pamphlets and other written material will be made available for each household in Nunavik.

Discussions have also been held about making a video on healing. Such a video could serve important purposes. One purpose would be to help the population gain a greater understanding of what healing is and the reasons why we need healing to begin the process of building safe and healthy communities. Another purpose would be to publicize the healing project itself through the video. Common misconceptions and misunderstandings about healing could be dealt with as well.

Follow-up

The project's main challenge is the follow-up work after the workshop. One solution proposed by the coordinating committee was to identify two individuals who would visit the communities to mobilize them in providing follow-up at their level. This means that the project must provide seed money to the communities to support follow-up to healing activities; provisions have been made in the budget.

Phase 2 of the project

Once the funding from the AHF has been secured, activities will resume to begin the second phase of the community healing workshops.

Public Health

Message from the Assistant to the Director of Public Health

Once again we had a challenging year without a Public Health Director present, although Dr. François Desbiens, based in Quebec City, served as Acting Director.

We were busy recruiting staff members for all the vacant positions in the Public Health Department. Moreover, the position of nutritionist was transferred from the Department of Planning and Programming to Public Health.

Some of the year's highlights were:

- the results of the *Qanuippitaa* health surveys conducted in the fall of 2004 were circulated among the public through a DVD in the three languages, sent to all beneficiary households in Nunavik. Written documents on the results are under way and will be available to all organizations who request them;
- planning for the influenza pandemic remained a priority;
- pursuit of existing programs: vaccination, mammography, tuberculosis control, etc.

Each of the officers produced a report on his or her respective files; I invite you to read the reports to have more information on the activities.

I wish to thank Dr. François Desbiens and Dr. Jean-François Proulx for the support they provided during the absence of the Director of Public Health. Their efforts are greatly appreciated.

Elena Labranche

Protection Of Public Health

Prevention and Management of Communicable Diseases

Immunization

- Influenza vaccination campaign
- Hepatitis B vaccination campaign for fourth graders
- Information for the public, target client groups, regional partners and vaccinators on the program's content, avoidable diseases, details of vaccination and program performance

Training

- Development of training for nurses involved in immunization
- Development and update of a program for training upon hiring for day-care workers, aimed at preventing infections in care settings (handwashing, disinfection of toys and premises, updated basic immunization, measures to take during an outbreak, reports to the RDPH, etc.)

Influenza Pandemic

- Completion of a regional pandemic-influenza plan and a supraregional pandemic-influenza plan
- Completion of the regional, public health, pandemic-influenza plan
- Participation in public health conferences organized by the *MSSS* in Quebec City

Reportable Diseases

- Follow-up and support during outbreaks
- Case counting
- Monitoring

Nosocomial Infections

- Support for activities in monitoring of nosocomial infections
- Support for the institutions, in accordance with provincial, regional and subregional priorities, in the prevention and management of outbreaks of MRSA, VRSA, *C. difficile* and VRE, notably through:
  - collaboration in the identification of workers' training needs;
  - contribution toward the development and distribution of adapted training tools;
  - participation in the investigation of outbreaks and support for the application of management measures according to existing guidelines and protocols.

Visits to Nunavik Health Institutions

The *ministère de la Santé et des Services sociaux* (*MSSS*) tasked the Nunavik Regional Board with visiting the region's institutions to evaluate the application of measures for preventing infections.

The visits are in line with *MSSS* expectations relative to follow-up to the implantation of the *Plan of Action for the Prevention and Management of Nosocomial Infections*. Their goal was a more complete and pragmatic evaluation of the measures applied by the institutions to prevent nosocomial infections. They also aimed to mobilize the management teams and the personnel involved in the prevention of infections to contribute

to improving the quality of care and increasing the Nunavik public's trust in the safety of the health centres (Inuulitsivik and Tulattavik).

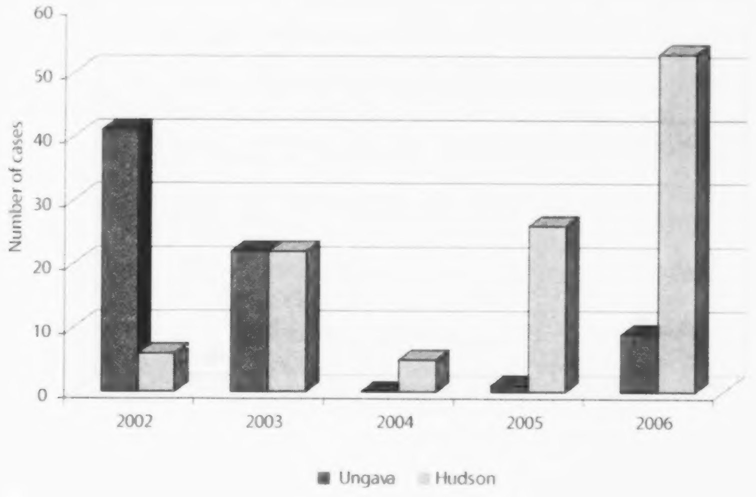
A final, regional report on the institutions' situation will be sent to the *MSSS* and both institutions in May 2007.

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections Program

The period from April 1, 2006, to March 31, 2007, was the first complete year since the inception of the regional Sexually Transmitted and Bloodborne Infections Program (STBI) in November 2005. As identified in the 2003-2012 action plan, the program emphasis is twofold: surveillance of STBIs (such as gonorrhea, chlamydia, hepatitis B and C and HIV-AIDS) and development of prevention and education programs and interventions in partnership with the communities and organizations.

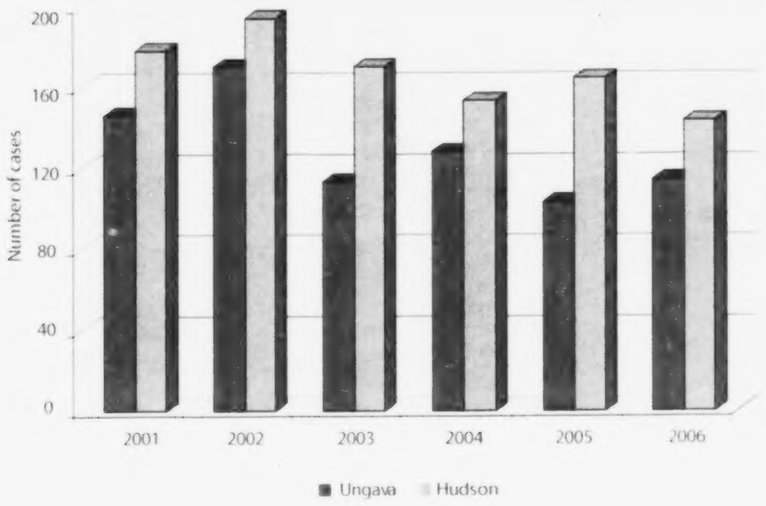
In the 12-month period ending March 31, 2007, the 15-29 age group again posted the highest rate of chlamydia and gonorrhea. The number of reported cases of gonorrhea has risen steadily since 2004 (15). The outbreak that became apparent on the Hudson coast during 2005 (27 cases) continued through 2006 (63 cases; see graph). There were 11 cases in the first three months of 2007.

Declared cases of genitourinary Neisseria gonorrhoeae, Ungava and Hudson Bay, 2002-2006



The number of genital chlamydia infections increased slightly from 267 in 2005 to 271 in 2006 (see graph).

Declared cases of genital Chlamydia, Ungava and Hudson Bay, 2001-2006



As much as possible, all cases and contacts of chlamydia and gonorrhea are treated, with full epidemiological investigations of each case of gonorrhea. Within Quebec and Canada, there has been a resurgence in a number of sexually transmitted and bloodborne infections, such as chlamydia, gonorrhea, syphilis and HIV. The threat these infections represents persists in our region. This urges our Public Health Department and communities to make greater efforts in the prevention and control of STBIs.

The STBI Program continues to maintain links or partnerships with a number of organizations, such as the following, and has representatives on the board of directors of some of them:

- **Pauktuttit's sexual health committee, CIHAN**: this committee links us with other northern regions in Canada; this year we participated in a sexual health symposium in Happy Valley-Goose Bay, Labrador;
- **First Nations Quebec and Labrador Health and Social Services Commission (FNQLHSSC), Circle of Hope Committee**: this committee offers our nurses and local community health workers sexual-health tools and training, such as an HIV-AIDS forum in October;
- **Montreal Native Friendship Centre**: over 60% of the centre's clientele is Inuit; throughout 2006, Public Health has worked in close collaboration with the centre on its project *Tips to Stay Safe*, a pamphlet for those travelling to Montreal, which we hope to see in circulation by the end of 2007;
- **Kativik School Board**: in March 2007, the KSB approved the introduction in all schools of an Inuit-adapted sex-education program for Secondary 1 and 2 (presented in last year's annual report); collaboration continues with the KSB and the FNQLHSSC on related fall training for health and education interveners;

Within Nunavik, the Public Health STBI team, in close collaboration with both the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres, has been actively working towards an increased community awareness of the serious STI situation and the individual's role and responsibilities related to it.

Activities, some ongoing and others in development, include:

- a regional advisory committee meeting on prevention strategies (50% participation);
- presentations to our regional board and the offer to present to regional organizations;

- search for condom distribution alternatives to CLSC distribution;
- sexual-health activity survey among youth for prevention and promotion activity suggestions;
- prevention activities in the school environment: fall and winter activities scheduled;
- support of STBI prevention activities at regional festivals: Arpiq Jam, Snow Fest;
- radio presentations and series of 'Safe Sex Flashes';
- posters and pamphlets in Inuktitut;
- intravenous drug use: development of prevention measures;
- funding for STBI and sex-education tools;
- development of tool kits / kiosk kits for tournaments, festivals, school fairs, etc.;
- Sexual Health Awareness Week development: launch scheduled for 2008.

At the provincial level, we have also been active in:

- the presentation of Nunavik's sex-education program at the annual public health days in October (*JASP*);
- development of STBI training for nurses, in collaboration with the Quebec Public Health Institute (*INSPQ*);
- promotion of provincial tools (STBI testing guide) to support nurses in their broadened role.

The rapid turnover among health professionals and workers, the difficulty of engaging regional organizations, and alcohol and drug use as a risk co-factor in STBI transmission are all barriers to overcome in the area of sexually transmitted and bloodborne infections.

However, Nunavik has some excellent local and regional resources who, with adequate and ongoing training, support and encouragement, will help increase community awareness and partnerships and over time effect lasting change. Commitment, partnerships, continuity and a firm foundation are key factors in the success of any program, including that of sexually transmitted and bloodborne infections.

Occupational Health In Nunavik

During the year 2006, the Nunavik occupational-health team concentrated its intervention efforts among workers in the mining sector as well as those in municipal administration. Moreover, we saw to the application of the program For a Safe Maternity Experience among pregnant or breast-feeding workers and replied to requests from community members in Nunavik.

In 2006, we completed the update to the occupational-health program specific to the mining sector. Under that program, activities in medical surveillance were carried out among the 152 workers potentially exposed to health risks (silica dust, asbestos, lead, biological hazards) in the workplace. Further, more than 350 workers in the mining sector benefited from information sessions on the potential health effects of the risks as well as the required preventive measures.

Actions were carried out in several Nunavik municipalities under the application of the provincial program on biological hazards among garbage collectors and sewage workers. Thus, risks were assessed, information provided and recommendations on preventive means formulated for workers of the municipalities of Quaqtaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk and Kuujjuaq. However, our nurse's departure in April 2006 limited our actions in this field.

We also saw to application of the program For a Safe Maternity Experience (FSME) among pregnant or breast-feeding workers. In 2006, a total of 124 applications for medical consultation were processed in Nunavik. Those applications originated in particular among the following groups:

- day-care educators (30);
- health workers (24);
- teachers (20).

In total, 75 applications (60%) under the FSME originated in the Hudson subregion and 49 (40%) in the Ungava.

Finally, we received several requests for service in 2006. Those requests particularly concerned health problems related to the quality of indoor air, biological hazards, industrial noise and musculo-skeletal disorders (MSD) associated with the use of computer workstations. On that topic, early in the year we organized a training session in Kuujjuaq, provided by a professional occupational therapist, on the prevention of MSDs in the workplace.

Health Promotion

Smoking and Tobacco

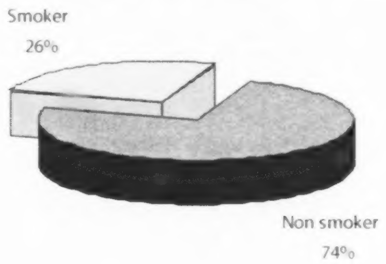
Nunavik Smoking Counsellors

Since the training session in 2002, smoking counsellors have been established in the communities (13 for youths and 21 for adults). However, most of these resources are inactive and cannot be reached. Only three communities, all on the Ungava coast, were able to provide smoking counselling. The Public Health officer in charge of this portfolio nevertheless continued offering support and motivation to the active counsellors.

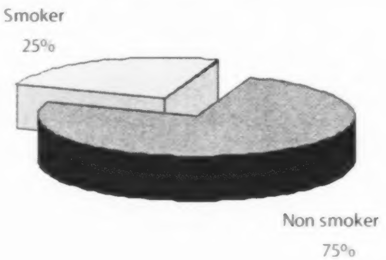
Quit to Win

This year was the fifth year of the Nunavik (Stay) 'Quit to Win' challenge, usually held from March 1 to April 11. This year, we decided to lengthen the challenge from six weeks to nine weeks, or from March 1 to May 3, because young people are smoking more and at a rate much higher than adults. There were more sponsors this year than previous years, but fewer participants: 791 in total, or 524 youths (138 smokers and 386 non-smokers) and 267 adults (66 smokers and 201 non-smokers). The promotional items for the Quit to Win challenge included handbags and pens with the (Stay) Quit to Win logo for individuals who participated in the challenge. Tools including booklets and DVDs—*Healing from Smoking* and *Smoking Sucks, Kick Butt*—were distributed upon request during the challenge to help individuals remain smoke-free. A total of 50 persons (47 youths and 3 adults) sought smoking counselling.

Youth smoking status



Adults smoking status



Plans for 2007-2008

Since the provincial budget for the smoking portfolio was cut, there are less funds available for tobacco issues. We would like to see more tobacco-related prevention, promotion and cessation activities for the coming year. The booklet and DVD *Healing from Smoking* were distributed to the points of service, and the booklet and DVD *Smoking Sucks, Kick Butt* were sent to all the schools in Nunavik as a resource for teachers. The Public Health officer for the smoking portfolio hosted a radio program on the CBC throughout Nunavik as well as a Salluit radio program on tobacco-related issues during National Non-Smoking Week. A section on tobacco-related issues should launch this year on the regional board's Web site.

Diabetes Program

This year was not a productive one for the diabetes program. Several projects on the Hudson coast could not be completed due to a lack of personnel. The project *Pivaliatitsijiit* in Puvirnituq was restructured to reduce costs as much as possible. As the programs could not be offered on the Hudson coast, we reached an agreement with Denise Picard of the First Nations and Inuit Health Branch to redirect the allocated funds and start up a diabetes clinic in Puvirnituq with an Inuit nurse.

A similar problem arose on the Ungava coast. The fact that the position of community health nurse was filled only in January 2007 resulted in much delay in the program. The programs will be held as soon as possible and perhaps completed shortly after fiscal 2006-2007. There is little time left, but we are confident that we will be able to carry out the projects with the population as planned.

The cookbook is not yet complete because of a translation problem. As there is a lack of English-Inuktitut translators, and because those available are overloaded, the project has been placed on the back burner to assign priority to more-important documents. We hope to have the unfinished documents sometime over the next year so we can complete the page layout and printing, the entire project being conditional to its funding being maintained thanks to the annual surplus of the First Nations and Inuit Health Branch for Québec.

In Quaqtaq, Carmen Savoie, nurse, worked on a fitness project for diabetic patients. The small gymnasium is functional and interest is growing. The locale, which is the old church, is filling up quickly, which is a good sign as the population seems to be serious about taking responsibility for its own health. Mrs. Savoie follows up diabetic patients twice a week and also gives prenatal courses in the same location. Some teachers also use the premises for gymnastics sessions. The locale is accessible for the whole population, even outside office hours.

At the national level, we are preparing a resource guide for the Inuit health workers of the four Arctic regions: Nunavik, Nunavut, Inuvialuit and Nunatsiavut. The guide is being produced in collaboration with the First Nations and Inuit Health Branch and the Inuit Diabetes Network, which includes a representative for each of the four Arctic regions, one representative for Inuit living in Ottawa, one representative for the national Inuit youth committee, one representative for elderly Inuit and one representative for *Inuit Tapiriit Kanatami*.

Kino-Québec

As in previous years, we worked with the Kativik Regional Government, transferring to it an amount for expenses incurred for sports activities. Most of the activities are related to hockey, especially tournaments.

As for municipal activities, unfortunately, we received no replies concerning active municipalities. In spite of our sending letters and posters, as well as the possibility of posting municipal activities on Kino-Québec's Web site, no one contacted us.

The 2007 Active School Contest, with a total prize budget of $3 000.00, was launched, and each of the schools received an invitation to participate as well as the amounts provided for the three categories (setup of locale or purchase of materials to encourage physical activity, nutrition, promotion of safety or sports ethics in physical or sports activities). As in the past, only one school entered. Arsaniq School of Kangiqsujuaq submitted two projects this year under the nutrition component.

Québec Breast-Cancer Screening Program *(PQDCS)*

Initiated during the *Qanuippitaa* health survey in 2004, breast-cancer screening clinics under the *PQDCS* were again offered to Nunavik women in 2006. During the first year of the program, 312 eligible women (aged 50 to 69 years) underwent a screening mammography, compared to 254 in 2006. The number of participants was practically the same on both coasts.

Mammography in 2004 and 2006 According to Home CLSC

Home CLSC	Year of mammography		Total
	2004	2006	
Hudson	176	108	284
Ungava	136	146	282
Total	312	254	566

Eighty-five percent of the women who underwent a mammography had normal results.

Mammography Results, 2004 and 2006

Result	Cases (%)
Normal	501 (88.5)
Normal with benign lesion	37 (6.5)
Abnormal, referred for diagnostic confirmation	28 (4.9)
Total	566

Mammographies in 2004 and 2006 According to Five-Year Age Groups

Five-year age group	Year of mammography		Total
	2004	2006	
50-54 years	106	88	194
55-59 years	99	89	188
60-64 years	54	50	104
65-69 years	53	27	80
Total	312	254	566

In 2006, the letters of invitation, reminder and recall were simplified and pamphlets with information on the PQDCS were attached. Moreover, a request was made to have the consent form translated into Inuktitut. For 2007, screening clinics were held in Inukjuak and Kuujjuaraapik for the women of both communities as well as those from Umiujaq. For those three communities, 85 women participated in the screening mammography. We are waiting for PQDCS programming for the other communities.

Ongoing Surveillance of Health and Its Determining Factors

The *Public Health Act* stipulates that ongoing surveillance of the population's state of health and its determining factors must be carried out "to measure their evolution and be able to offer appropriate services to the population" (R.S.Q., Ch. S-2.2, section 4). Like the other regions, Nunavik has adhered to the *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* (PCS) [Shared plan for the surveillance of the population's health and its determining factors]. The Department of Public Health (DPH) is working at developing its own regional surveillance plan with, among other things, surveillance targets that are sensitive to the geographic, historical, economic, social and cultural particularities of our region. We are actively collaborating with Region 18.

Reportable Diseases (MADO) and Other Data

The regional *MADO* data, particularly sexually transmitted and bloodborne infections (STBI), were processed, analyzed and presented at the directors' meeting in the winter of 2006. The analysis of Med-Echo data (recently acquired) will follow over the coming year. Procedures are under way and will continue in order to obtain other statutory data, such as those on deaths, births, etc.

A simplified version of Nunavik's health profile, excerpted from the document *Portrait de santé du Québec et de ses régions, 2006* [A health profile of Québec and its regions, 2006] was prepared for the region's authorities, partners and workers. Aside from the close collaboration with all the teams of the DPH and the regional board, the research component is involved in various other activities:

- Participation / representation in the provincial issue table on surveillance;
- Research project *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec* [Transformation of the first line in mental health in Québec]: support and follow-up (Dialogue project);
- Research project Gastrointestinal and other syndromic surveillance in Nunavik (QC) communities.

Nutrition

The nutritionist's role at the NRBHSS is to collaborate with the various players in the communities in carrying out nutrition-related projects that respond to the population's needs. That resource also has the task of assisting the region's health centres in fulfilling their nutrition-related mandates.

The position was vacant for part of the past year. Amanda Graham left in August 2006, and we thank her warmly for her excellent work in the region. Note that the position, which was filled at the end of January 2007, has been transferred from the Department of Planning and Programming to the Department of Public Health.

Activities

- Anemia-prevention project in Nunavik early-childhood centres: this project is a collaboration with the Kativik Regional Government and Laval University. Under this project, a student in nutrition at

Laval University is performing a three-month summer session in the day-cares to work on, among other things, developing educational activities in nutrition.

- Support for the Kativik Regional Government for the revision and development of the nutritional content of programs related to food and eating habits.
- Development and distribution of nutrition materials adapted to Nunavik.
- Offer of advisory services in nutrition in the region's health centres: this activity began last year.

Upcoming Activities

- *Get Hooked on Nutrition*: nutrition newsletter distributed to several community organizations in the 14 Nunavik communities. The third issue will be published sometime in 2007.
- Retail-Based Nutrition Intervention: in collaboration with Health Canada and retail stores, healthy recipes will be distributed in the Nunavik grocery stores.
- Nutrition for young children: varied work will be carried out to ensure adequate nutrition among children, for example, support for workers and actions to ensure the availability of healthy foods in the region.
- Nutrition information in Inuktitut: description of the nutritional elements in foods produced in the region.
- Training sessions on nutrition for the region's workers.
- Promotion of healthy eating: radio programs, promotional posters, group meetings.
- Continued implementation of the anemia-prevention project in Nunavik early-childhood centres: a student in nutrition is expected in the fall of 2007.

Dental Health

This year saw a decline in preventive dental services. We lost a dental hygienist in the summer and a second one during the winter. The services offered were concentrated on the children at schools and day-care centres. Promotion of good dental hygiene habits, use of topical fluorides and application of dental sealants were the main preventive dental activities.

The situation in terms of dental staff and resources has become a concern. Since 1985, there has been no change in the levels of personnel and resources, even though the population has increased by more than 75%. A committee has been created with the collaboration of the *MSSS*. Its main objective is to establish an accurate description of the situation and provide recommendations on the dental staff and resources required by the current population.

Administrative Services

Message From The Director

This past year, the activities of the Department of Administrative Services varied in nature. While ensuring the delivery of basic support services at all the points of service in Nunavik (including health centres, CLSCs and the Module du Nord Quebecois), the Department was also required to meet certain specific requirements set by the MSSS. Specifically as regards funding, the following actions were taken:

- a regional financial committee was created to facilitate the sharing of priority information between the MSSS, the NRBHSS and Nunavik's two health centres;
- new financial and accounting software was adopted to improve financial reporting;
- modifications to certain human resources policies were undertaken.

In addition, the Department concentrated on staff housing construction files. Twenty-six units are to be built for NRHBSS and health centre staff throughout Nunavik. As well, while the Department continues to operate with a deficit, it must be stated unequivocally that basic support services throughout Nunavik will be maintained.

Silas Watt

Administrative Services

The main responsibilities of the Department of Administrative Services are the allocation and management of a regional support services budget, human resources planning, information resources management as well as fixed assets management for the NRBHSS and the region's two health centres. While carrying out these activities, the Department also ensures that the policies and procedures of Quebec's heath and social services network are respected.

At the regional level, the Department is responsible for making credit allocations to the region's two health centres and monitoring their financial results. Moreover, the Department manages the borrowing activities required to cover the operating deficits of the two health centres. For its part, fixed assets management includes renovations and building maintenance as well as the replacement of medical and specialized equipment.

Within the NRBHSS, the Department is responsible for the organization's operating budget and funding from both provincial and federal governments. It also allocates budgets for community organizations that include the Isuarsivik Treatment Centre, women's shelters and the Sapummivik Rehabilitation Centre. Finally, the Department is in charge of staff housing units and the regional office building.

Financial Resources

For the 2006-2007 fiscal year, the MSSS authorized expenditures of $94.4 million for Nunavik, consisting of $89.8 million in actual credits and $4.6 million in deficit spending, but excluding fixed assets funding. Notwithstanding, the actual deficit of the health centres in 2006-2007 is expected to be significantly higher than the authorized deficit.

ALLOCATIONS	2005–2006 (millions of $)	2006–2007 (millions of $)
ESTABLISHMENTS		
Inuulitsivik Health Centre	26.4	33.8
Ungava Tulattavik Health Centre	29.8	28.4
EARMARKED FUNDING		
Insured and non-insured health benefits*	17	19.6
Others	1	0.5
COMMUNITY ORGANIZATIONS		
Youth centres	3.3	3.4
Others	2.1	2.1
Reserved – special projects to be implemented	1.4	2
TOTAL TRANSFERS	81	89.8

*Estimated amount – info not received from health centres

Operating Budgets

In 2006–2007, the Department received from the MSSS $4.4 million for its operating budget. The previous fiscal year this amount was $3.7 million. In addition, the Department of Administrative Services provides financial support to the organization's other departments: Executive Management, Planning and Programming, and Public Health.

Earmarked Funding

In addition to the above-mentioned operating budgets, the NRBHSS received in 2006–2007 directly from the MSSS as well as from the regional budget $19.6 million in funding for specific activities.

Fixed Assets Funding

The NRBHSS transferred $2.7 million for various fixed assets projects such as the equipment replacement (including medical equipment) as well as building maintenance and renovations.

Federal Funding

Finally, approximately $4.7 million was received from the Canadian government. Unlike Quebec funding, the contribution agreements between the NRBHSS and Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada are for one year terms. At the end of each year, unspent funding must be returned to the Canadian government.

Fixed Assets And Equipment

As in past years, the fixed-assets and equipment staff were very active, working on the new *MSSS* borrowing authorities that were approved and, in certain cases, increased for building maintenance, specific CHSLD projects and functional renovations. The team coordinated the committee on specialized medical equipment in order to present the regional needs, and this, in close cooperation with Inuulitsivik and Tulattavik.

The main accomplishment of 2007 was the *MSSS* approval of a budget of $9,000,000.00 for the construction of 13 duplexes: 5 for Tulattavik in Kuujjuaq, 3 for the NRBHSS in Kuujjuaq and 5 for Inuulitsivik in Puvirnituq. This entire project should be completed by the beginning November 2007.

In the near future, we will closely collaborate with both health centres on another key project: the relocation of Nunavik House in Montréal.

Information Systems

Telehealth

Telehealth continued to see increasing use in the region's two health centres (Inuulitsivik and Tulattavik); however, it has not been deployed at the 12 CLSC points of service because of inadequate telecommunication systems. We are working with provincial and regional authorities to obtain upgrades to the telecommunication links at the points of service.

Videoconferencing equipment is also deployed at the Nunavik Regional Board of Health and Social Services (in Kuujjuaq), the Northern Québec Module and the administrative offices of the Inuulitsivik Health Centre in Montréal.

Information-Resources Master Plan

The information-resources master plan (IRMP) was submitted to the *MSSS* in January 2007. That plan integrates the ministerial guidelines relative to telehealth, clinical systems, administrative systems and computerization of the health and social services network The objective is to cover all of the region's information technology needs for the next three years (2007-2010).

In the context of the regional organization of integrated services, all the regional players recognize the importance of improving the quality and sharing of information from the perspective of networking: a network of institutions, a network of services, a network of professionals, a network of information.

That regional organization and its application plan greatly influence the choices of computerization. The coordinators of information resources of the Nunavik RBHSS are working at applying the IRMP with the support of the available expertise.

Québec Health Record

The Nunavik region will participate in the project for the Quebec health record, which the regional board has made a regional priority. It has also linked the health record with the regional information-resources master

plan and indicated the necessity of accelerating the project for the global framework for information assets (security component), to respond to the requirements for the security and protection of personal information involved in the Québec health record.

The Québec health record is part of a vast plan aimed at introducing new information technologies to improve quality of care and facilitate access to examinations and treatment.

The fact that workers will have quicker and easier access to pertinent health information will translate into increased efficiency. That is a key that will permit reducing waiting times for the users, eliminating duplicate laboratory examinations and increasing the amount of time physicians spend with their patients.

Security

Setup of the global framework for the management of information assets belonging to organizations of the health and social services network (security component) is under way. The goal is to guarantee the confidentiality of information and protect information assets according to the norms of the *Act respecting access to information*, as well as to secure physical and logical access to computer systems. The development of a backup plan is under way; the plan could be deployed during 2007-2008.

The creation of a policy on the security of information resources continues, and we will keep informing the managers and underlining the importance of security in all of the region's health institutions.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL REPORT

MARCH 31, 2007

NUNAVIK REGIONAL BOARD
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL REPORT
MARCH 31, 2007

TABLE OF CONTENTS

	Part
SYNOPSIS REVIEW	I
FINANCIAL STATEMENTS	
INUTTITUT	II
ENGLISH	III
FRENCH	IV

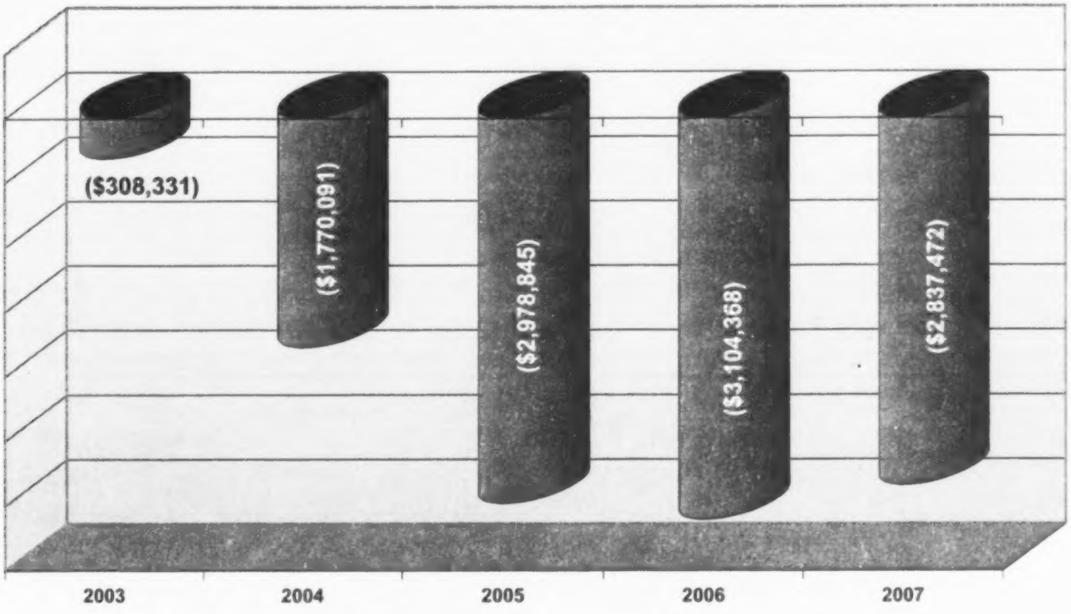
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SYNOPSIS REVIEW
MARCH 31, 2007

TABLE OF CONTENTS

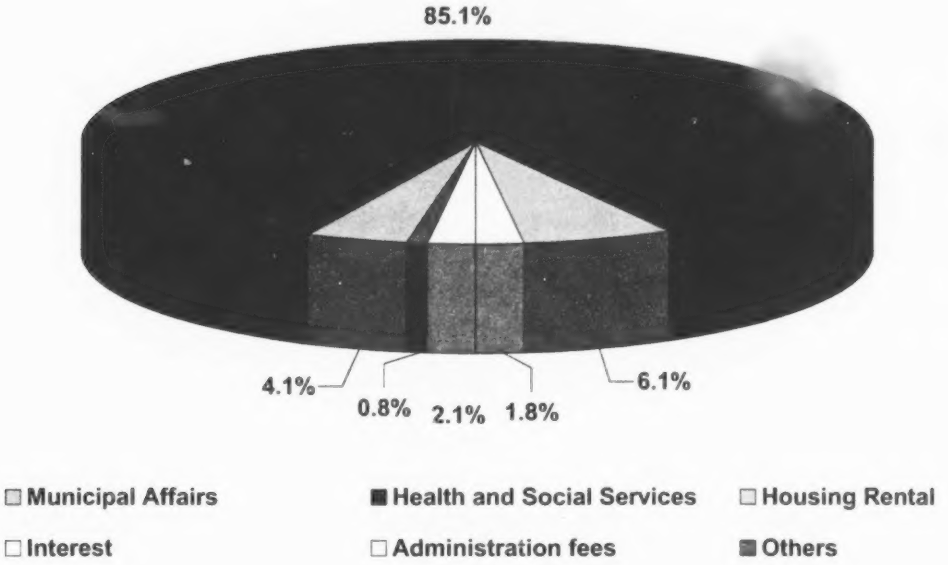
	Page
COMBINED CASH POSITION	1
OPERATING FUND	
FUND BALANCE	2
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	2
ASSIGNED FUND	
COMBINED FUND BALANCE	3
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	3

PB

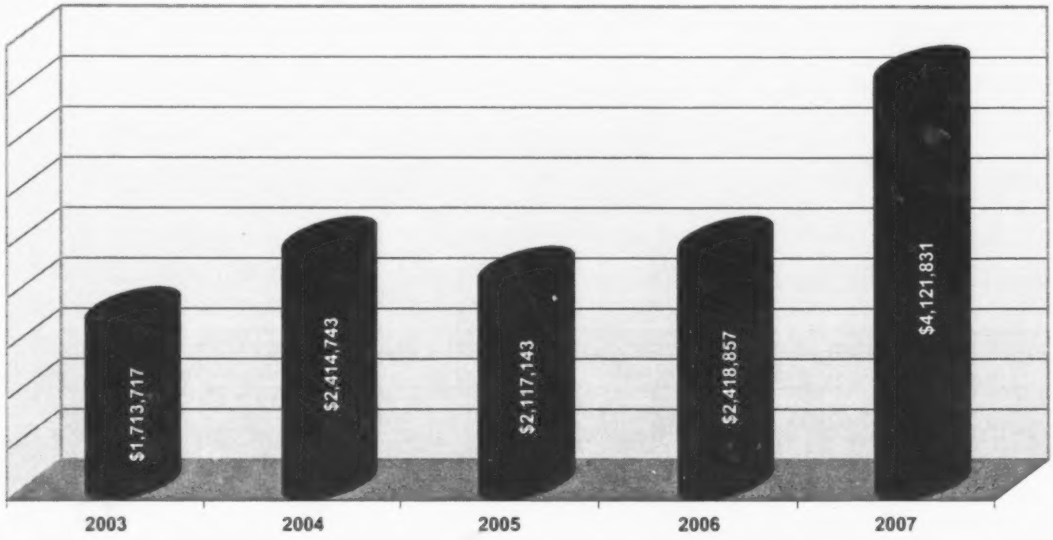
OPERATING FUND - FUND BALANCE



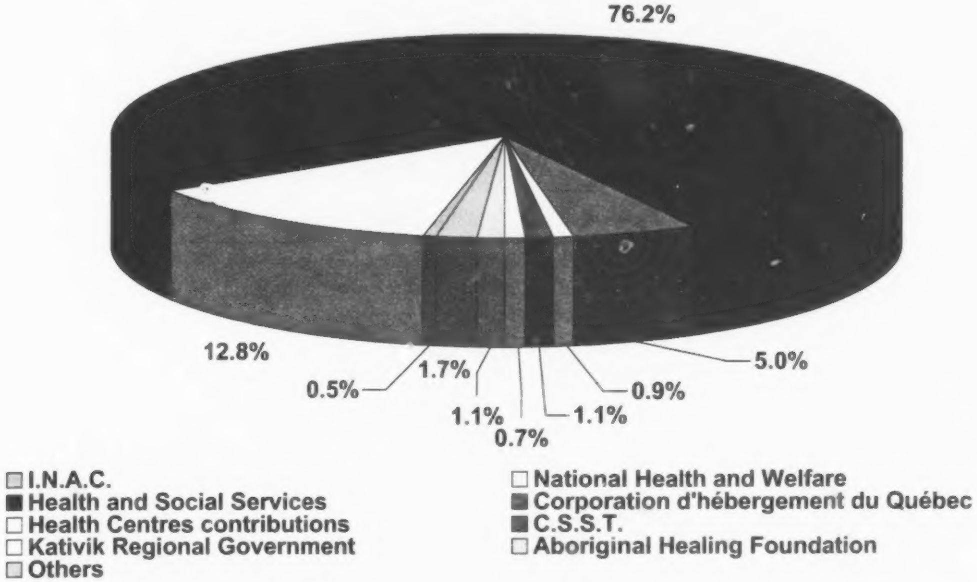
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



ASSIGNED FUND - COMBINED FUND BALANCE



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ

ᕿᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ

ᒫᑦᓯ 31, 2007

ᓄᓇᕗᑉ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᓕᖓᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᒫᑦᓯ 31, 2007

ᐃᓗᓕᖏᑦ

ᒪᕐᐱᒐᖅ

ᑕᒻᒪᓯᒪᕙᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᖓ ______ 1

ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᒃ 1 ______ 2

ᐃᖕᒥᕐᕋᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ

ᑲᑎᓐᓂᖓ ______ 3

ᑲᑎᓐᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ______ 4

ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ______ 5

ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑎᒻᒪᓈᑦ

ᑲᑎᓐᓂᖓ ______ 6

ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ______ 7

ᑐᕋᒐᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ

ᑲᑎᖕᖓᓯᑎᒃ ᑲᑎᓐᓂᖓ ______ 8

ᐅᐊᕈᑎᑭᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᓐᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ______ 9

ᑮᓇᐅᔭᓕᖓᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᕈᑎᖏᑦ ______ 12

PRATTE, BÉLANGER
ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᔩᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒻᒪᓯᒪᕝᕙᓂᐊᑏᑦ
PRATTE, BÉLANGER COMPTABLES AGRÉÉS INC.
PRATTE, BÉLANGER CHARTERED ACCOUNTANTS INC.

ᑕᒻᒪᓯᒪᕝᕙᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᖓ

ᑲᑎᙵᔨᓄᑦ
ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ

ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓂᓯᒪᒪᑦᑕ ᑲᑎᒍᑎᖏᓐᓂᒃ ᐃᖏᕐᕋᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᑯᓃᕐᑐᒧᓪᓗ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᑕᐅᒍᑎᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒧᑦ ᑎᑭᑦᑐᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑎᖏᓪᓗ ᐊᕐᖁᕐᔫᓕᖅᒪᔪᑦ:

-ᑲᑎᒍᑎᖏᑦ ᐃᖏᕐᕋᑎᑦᓯᒍᑏᑦ, ᐊᑯᓃᕐᑐᔫᓕᖅᒪᔪᑦ ᑐᖁᓚᓂᐅᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓪᓗ.

-ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᓪᓗ ᐃᖏᕐᕋᑎᑦᓯᒍᑎᓂᑦ ᑐᖁᓚᓂᐅᕐᓯᒪᔪᓂᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ.

ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ᐋᕐᕿᓯᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑐᒃᒪᕕᕐᒃᓯᑎᒃ ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑎᓂᑦ ᐊᕐᖁᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑎᓂ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓃᑦᑐᓂᒃ (ᑕᑕᕐᓴᒐᖅ AS-475) ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐊᕐᖁᒧᑦ ᐃᓯᓕᕐᑐᒧᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007 ᑖᒃᑯᐊᓗ ᑕᒻᒪᓯᒪᕝᕙᓯᐅᑎᓄᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓕᐅᕈᑎᐅᓯᒪᑦᓯᑎᒃ ᒨᓂ 8, 2007-ᖑᑎᓪᓗᒍ ᐃᓚᒥᔭᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᐊᑑᑎᒍᓐᓇᕐᒥᑦᑑᑎᑕᐅᕙᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᕙᑦ ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᒥ ᐊᑕᐅᓯᕐᒦᑐᓂ.

ᐃᓯᒪᒥᔭᑦᑎᒍᓪᓕ ᑖᒃᑯᐊ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᓯᑦᓯᐊᑐᑦ ᐊᕐᖁᒍᑕᒫᕐᓯᐅᑎᓂ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓃᑦᑐᓂᒃ (ᑕᑕᕐᓴᒐᖅ AS-475 ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐊᕐᖁᒧᑦ ᐃᓯᓕᕐᑐᒧᑦ ᒫᑦᓯ 31, 2007.

ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑎᓂᒃ ᑕᒻᒪᓯᒪᕝᕙᓯᐅᑏᑦ

ᒨᓂ 8, 2007

Montréal • 1240, AVE. BEAUMONT, BUREAU 100, MONT-ROYAL (QUÉBEC) H3P 3E5
TÉL.: (514) 731-5353 • FAX: (514) 731-4833 • www.pb.ca
Kuujjuaq • 310 FORD STREET, P.O. BOX 639, KUUJJUAQ, NUNAVIK J0M 1C0
TEL.: (819) 964-5353 • FAX: (819) 964-4833 • www.pb.ca

Kreston International
UN RÉSEAU MONDIAL DE COMPTABLES INDÉPENDANTS
A WORLD-WIDE NETWORK OF INDEPENDENT ACCOUNTANTS

ᑕᒻᒪᓯᒪᕙᕐᓯᐅᑏᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᖓ (ᑲᕙᓯᕙᖅ)
ᐃᓚᒥᐊᕈᑎᒃ 1

<u>ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖕᖏᑐᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑏᑦ</u>

ᐅᕐᑲᕐᑕᐅᓯᒪᒻᒪᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᕙᓂ 9. ᒪᓕᒐᕐᓂᒃ ᐱᑕᕐᑲᖕᖏᓂᑯᖓᓄᑦ ᐱᓇᓱᒍᑎᓂᓪᓗ ᐊᐅᓚᑕᐅᒍᑎᑦᓴᖏᓐᓂ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖕᖏᑐᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᓇᓂᕐᔪᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑏᑦ, ᑕᒻᒪᓯᒪᕙᕐᓯᐅᓂᕐᓂᒃ ᐱᔭᓈᑭᓐᓇᓯᓯᒪᖕᖏᑐᔪᑦ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖕᖏᑐᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᓇᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᓄᑦ.

ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ, ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑲᑎᒍᑎᖕᒋᑦ ᓯᕐᕿᐃᑕᐅᓯᒪᖕᖏᑐᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒥᒃ ᐃᓄᓕᓇᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᕗᕕᒻᒍᑦ.

<u>ᓂᐅᕕᕐᓂᓗᑦ ᐊᕐᕐᑭᖕᓚᐅᔩᑦ</u>

ᑐᑭᓴᕐᑎᑕᐅᒻᒪᑦ ᐊᓪᓚᓯᒪᕙᒥ 10-ᒦᑦᑐᒥ, ᐃᓗᓯᓕᓇᕚᒃᑯᑦ ᒪᓕᒐᕐᑲᕐᓯᒪᖕᖏᑐᑦ ᐱᓇᓱᒍᑎᕐᑲᖁᑎᓪᓗ ᐊᐅᓚᑕᐅᖕᒍᑎᑦᓴᖏᓐᓂᒃ ᓂᐅᕕᕐᑏᑦ ᓂᐅᕕᕐᑲᑦᑕᓯᒪᕙᑦ ᐊᖕᒥᕐᑲᑎᒦᒍᑎᕐᑲᖁᑎᒃ ᐊᒻᒪᓗ/ᐅᕝᕙᓗᓐᓃᑦ ᐊᑭᑭᓐᓂᐸᐅᓕᐅᑎᑎᑦᓯᒍᑎᕐᑲᖁᑎᒃ.

<u>ᑎᒥᐅᕙᓂᒃ ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᒪᓃᑦ</u>

ᑐᑭᓯᑎᑦᓯᒍᑎᐅᒪᕙᑦ ᒪᓕᑦᓯᒥᑦ ᐊᓪᓚᕐᑯᑏᑦ 7-ᒥᑦᑐᑦ. ᑮᓇᐅᔭᑎᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᒪᓃᑦ ᑎᒥᐅᕙᓂᒃ ᐅᑎᕐᑎᑕᐅᕙᓐᓇᓯᓯᒪᓚᐅᕙᖕᖏᒥᓚᑦ ᐅᓄᕐᓃᓗ ᑲᓯᑭᓐᓇᕕᕐᑲᓚᐅᖁᑎᒃ ᐊᕐᖁᖅ ᐃᓯᓕᑎᓪᓗᒍ. ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᒪᕙᑦ ᐅᓄᕐᑐᒪᓇᐊᓗᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐅᒣᓕᓯᒪᔫᖅ.

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖅᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᒍᑏᑦ-ᑲᑎᓐᓂᖓ
ᒫᑦᓯ 31, 2007

	2007 $	2006 $
ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ		
ᑮᓇᐅᔭᑐᐃᓐᓇᑦ	2,085,928	870,264
ᑐᓂᕐᕈᓯᐊᑦ ᐃᑎᓇᐋᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 1 ᐊ))	2,186,294	4,535,357
	4,272,222	5,405,621
ᐊᑭᓕᖅᓴᑦ		
ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᐊᑭᓕᑦᓵᖅᑐᓯᒪᔪᑦᓄ	1,555,087	1,226,351
ᑑᖄᓚᓕᐅᓈᕐᓯᒪᔪᓄᑦ ᐊᑐᕐᑐᓴᑦ	5,554,607	7,283,638
	7,109,694	8,509,989
ᑭᓇᐅᔭᖅᑯᑎᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ		
ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑏᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ	(2,837,472)	(3,104,368)
	(2,837,472)	(3,104,368)
	4,272,222	5,405,621

ᑲᑎᒻᒪᔨᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᔫᒃ:

______________________________, ᑲᑎᒻᒪᔨ

______________________________, ᑲᑎᒻᒪᔨ

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᖏ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᒍᑏᑦ-ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖕᓂᖏᑦᑕ ᐊᖕᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2007

	ᑐᕌᒐᑦ 2007 $	ᐊᑑᑎᔪᑦ 2007 $	ᐊᑑᑎᔪᑦ 2006 $
ᑮᓇᐅᔦᑦ-ᐊᕐᕌᒎᑦ - ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	(3,179,160)	(3,104,368)	(2,978,845)
ᐊᕐᕋᒍᓂ ᓯᐳᓪᓕᖏᓂᑕᕐᓂᒃ ᐋᖅᑭᒋᐊᕆᒍᑏᑦ	-	418,387	-
ᑮᓇᐅᔭᖅᑐᓱᐊᕈᑎᐅᓯᒪᔪᖅ (ᖄᕐᒥᐅᑎᒍᑏᑦ) ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑎᓂᑦ	(278,408)	(151,491)	(125,523)
ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑏᑦ - ᐊᕐᕌᒎᑦ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ	(3,457,568)	(2,837,472)	(3,104,368)

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᒍᑏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐃᑎᕐᑐᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᔪᓪᓗ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2007

	ᑐᕌᒐᑦ 2007 $	ᐊᑑᑎᔪᑦ 2007 $	ᐊᑑᑎᔪᑦ 2006 $
ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑏᑦ			
ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᓗ-ᐱᐅᓯᕐᒥᑎᒍᑦ ᐊᐅᓚᒍᑎᖏᑦ	4,236,990	4,420,337	3,780,171
ᐃᓪᓗᓂᒃ ᐊᑦᑕᑐᕿᑏᑦ	322,000	317,973	323,787
ᕿᑐᕐᖏᐊᑦ	7,500	94,781	49,762
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᑮᑦ	98,073	111,579	116,508
ᑲᑎᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᑦ	-	-	18,604
ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᔭᐅᕕᒃ	-	210,793	205,802
ᐊᓯᖏᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ	205,998	38,894	51,667
	4,870,561	5,194,357	4,546,301
ᑮᓇᐅᔦᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ - ᐊᕐᕌᒎᑉ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	-	-	170,206
ᑮᓇᐅᔦᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ - ᐊᕐᕌᒎᑉ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ	-	-	-
	-	-	170,206
	4,870,561	5,194,357	4,716,507
ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦ			
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᒍᑏᑦ	3,822,204	4,227,237	3,669,635
ᓄᓇᓕᖕᓂ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᓂᓕᕆᔩᑦ	897,076	628,018	715,742
ᐃᓪᓗᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐊᑭᓕᖅᑐᐃᒍᑏᑦ	429,689	490,593	456,653
	5,148,969	5,345,848	4,842,030
ᑮᓇᐅᔭᖅᑐᓗᐊᕈᑎᐅᓯᒪᔪᖅ (ᖄᖏᐅᑎᒍᑏᑦ) ᑮᓇᐅᔭᖅᑯᑎᓂᑦ	(278,408)	(151,491)	(125,523)

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓄᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᖁᑎᒻᒪᕇᑦ-ᑲᑎᓐᓂᖓ
ᒫᑦᓯ 31, 2007

	2007 $	2006 $
ᐱᐅᒃᑯᑎᑦ		
ᑐᕌᒐᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᖁᑏᑦ		
ᖃᓇᑕᐅᕙᑦ ᐊᓪᓚᕕᒻᒥᒎ ᐱᓇᓯᒍᑏᑦ	2,237,354	2,150,874
ᐃᓪᓗᖁᑏᑦ	5,826,158	5,808,703
ᐃᓪᓗᐃᑦ ᐱᐅᓕᓂᐊᒐᖃᕈᑎᖏᑦ	303,055	303,055
ᐊᓪᓚᕕᒃ	3,204,479	3,058,165
ᐱᓪᓗᑯᒥᐊᓕᑎᒍᑦ ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ	66,016	66,016
ᐃᖏᕐᕋᐅᑏᑦ	126,516	76,146
	11,763,578	11,462,959
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ		
ᑮᓇᐅᔭᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ	11,763,578	11,462,959
	11,763,578	11,462,959

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑎᒻᒪᕇᑦ-ᑲᑎᖕᓂᖕᒥᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖕᒥᑦ
ᐊᕐᖀᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2007

	2007 $	2006 $
ᕿᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ - ᐊᕐᖀᒎᑉ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	11,462,959	11,432,604
ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᕇᑦ ᓂᐅᕕᐊᕐᒍᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᓚᒍᑎᑎᒍᑦ	107,631	-
ᐱᐅᒃᑯᑎᒻᒪᕇᑦ ᓂᐅᕕᐊᕐᒍᓯᒪᔪᑦ ᑐᖂᒐᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑎᒍᑦ	192,988	30,355
ᕿᓇᐅᓯᑦ ᑲᑎᖕᓂᖓ - ᐊᕐᖀᒎᑉ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ	11,763,578	11,462,959

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑐᖀᒐᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ - ᑲᑎᖕᖕᒐᓯᑎᒃ ᑲᑎᓐᓂᖓ
ᒫᑦᓯ 31, 2007

	2007 $	2006 $
ᐱᐅᒃᑯᑎᑦ		
ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ		
ᑮᓇᐅᔭᑐᐃᓐᓂᑦ	196,730	93,599
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᐃᑎᕆᐊᓛᑦ	5,554,607	7,283,638
ᑐᓂᕐᕈᓯᐊᑦ ᐃᑎᕆᐊᓛᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 1ᐸ))	37,796,008	32,040,235
	43,547,345	39,417,472
ᐊᑭᓕᖃᑦᓴᑦ		
ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑭᓕᖃᑦᓴᑦ		
ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᐱᓪᒥᑦ - ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ-ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑎᓪᒪᓈᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 4)	1,594,630	1,334,338
ᐊᑭᓕᑦᓴᑦ ᐊᑭᓕᑦᓴᑖᖅᒍᓯᒪᔪᑦᓄ	16,038,248	13,373,676
ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓚᐅᕐᑐᑐᑦ	9,635,801	7,734,855
ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒧᑦ ᓴᓂᕐᕙᑕᐅᓯᒪᔪᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 5)	103,930	103,930
ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 2)	195,462	-
ᓴᑑᑏᑦ ᒫᓐᓇᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑭᓕᕆᐊᓛᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 6)	1,466,061	2,594,374
	29,034,132	25,141,173
ᓴᑑᑏᑦ ᐊᑭᓕᕆᐊᓛᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 6)	10,391,382	11,857,442
	39,425,514	36,998,615
ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ		
ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑲᑎᓐᓂᖓ	4,121,831	2,418,857
	4,121,831	2,418,857
	43,547,345	39,417,472

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᕿᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕝᕙᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ - ᐅᐊᕈᑎᕆᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᖓᓐᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᔾ 31, 2007

	ᕿᓇᐅᔭᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕌᒍᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ $	ᕿᓇᐅᔭᑦ $	ᕿᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦ $	ᕿᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕌᒍᑦ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ $
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᔫᑏᑦ				
ᑯᕓᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᔪᑎᖏᑦ				
ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᖃᕐᕕᖏᑦᑐᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᕙᓪᓕᖁᑎᐅᔪᑦ ᑲᒥᓯᐅᓂᖏᑦ	103,142	275,000	268,776	109,366
ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᓖᑦ ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᖃᕐᕕᖏᑦᑐᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᕙᓪᓕᖁᑎᐅᔪᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖏᑦ	-	23,531,119	23,531,119	-
ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓂᖅ ᐱᓇᓯᒍᑎᓕᐅᕐᓂᒎ - ᐅᐃᒪᓈᕐᑐᓕᕆᔪᑎᑦ	411,861	622,780	637,243	397,398
ᖃᓇᑕᐅᔭᕈᑏᑦ ᐊᑐᓕᕐᑎᑕᐅᔪᑎᖏᑦ	14,790	-	14,790	-
ᐃᑦᑐᓕᐅᕐᓂᖅ	(66,641)	-	10,545	(77,186)
ᐱᑦᑐᑯᒥᐊᓕᓕᕆᔪᑎᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔫᑏᑦ	29,291	-	-	29,291
ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐸᕐᓇᓯᒪᔫᑏᑦ	(81,475)	-	106,823	(188,298)
ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᔪᑎᖏᑦ				
ᐱᑦᑐᑯᒥᐊᓕᑯᕆᔫᑏᑦ ᑕᕐᕿᑐᐃᔫᑏᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᑎᑎᒍᑦ	-	-	-	-
ᐊᓯᖏᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᔫᑏᑦ				
ᑐᕝᕙᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᐱᐅᒃᑯᑏᑦ-ᐃᑦᑐᕐᑯᑎᓂᒃ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᔫᑏᑦ	-	2,642,053	2,642,053	-
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓐᓇᑦ ᑲᓇᑕᒥ - ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᓂᐊᕐᓂᕿᐅᑎᖏᑦ	-	213,750	58,172	155,578
ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐱᒍᑦᔨᔫᑏᑦ-ᐅᕕᒃᑫ ᓄᓇᕕᒻᒥ	287,262	40,605	471	327,396
ᐱᑦᑐᑯᒥᐊᓕᓕᕆᕕᒃ	-	195,274	195,274	-
ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᔫᑏᑦ	-	333,992	333,992	-
	698,230	27,854,573	27,799,258	753,545
ᐃᓄᓕᒫᓂᒃ ᖃᓄᐃᖖᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ				
ᑯᕓᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑕᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᔪᑎᖏᑦ				
ᑐᑭᑭᐅᑦ ᓯᒃᑲᕐᓂᖖᒐᓄᑦ ᐱᓇᓯᐊᕈᑏᑦ	(132,915)	-	-	(132,915)
ᓂᕿᓂᒃ ᐊᑦᑕᓇᕐᑎᓯᑦᑌᓂᕐᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᔪᑦ	75,787	-	7,320	68,467
ᐊᓖᒪᒃᑯᑦ ᐊᖅᑭᑕᐅᖅᑲᔭᖖᒥᑐᖅᑲᕐᓂᒥᒃ ᑲᒪᔫᑏᑦ	(135,753)	-	-	(135,753)
ᑐᑭᑭᖅᑲᔦᖁᓯᐊᕐᓂᒥᒃ ᑐᓴᕐᑕᐅᑎᑦᓯᔫᑏᑦ	(26,080)	-	-	(26,080)
ᐋᓐᓂᐅᓕᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᕈᑏᑦ	10,000	-	-	10,000
ᐊᓴᐱ ᓄᓕᐊᕐᓂᑯᑦᑐ ᐊᓐᓂᐋᑕᓇᔭᐅᔪᓐᓇᑐᑦ	70,572	-	31,397	39,175
ᑎᖕᒍᑦᑐᓇᖅ	6,035	-	-	6,035
ᑳᐳᑎ ᐱ-ᐳᕐᑐᓂᕐᐹᓂᑦ ᑕᑦᑕᒪᓂ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᓄᑦ	75,877	104,648	11,772	168,753
ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᔫᑏᑦ	30,726	-	30,726	-
ᑐᓴᐅᒪᔭᐅᑎᑦᓯᓂᖅ	8,463	-	4,530	3,933
ᓯᒃᑲᕐᑐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᕈᑏᑦ	92,715	-	6,781	85,934
ᐊᓖᒪᑦᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᕿᓪᓚᑐᐃᔫᑏᑦ	8,404	-	3,259	5,145
ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑦ ᕿᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᔪᑎᖏᑦ				
ᓂᕿᑦᓯᐊᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐊᑎᑦᓯᔫᑏᑦ	18,426	-	3,205	15,221
ᑲᓇᑕᓕᒫᒥ ᓂᕿᑦᓯᐊᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐊᑕᐅᑦᓯᒌᕐᑎᓯᔾ	-	-	3,177	(3,177)
ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᓂ ᑐᑭᑭᓕᕆᓂᖅ	(2,907)	107,779	76,847	28,025
ᐱᐊᕿᑦᓴᐅᓯᑎᒃ ᐃᒥᐊᓗᒍᑕᐅᓕᓃᑦ	5,286	263,814	196,521	72,579
ᐊᐅᒃᑯᑦ ᐱᑕᑦᓴᖅᑲᓗᐊᕐᓂᖅ	(15,239)	241,835	220,336	6,260
ᓂᕿᓕᕆᔫᑏᑦ	115,629	250,867	256,960	109,536
ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᖃᐅᔨᒥᐊᕐᐱᖏᑦ	50,000	-	-	50,000

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᖕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓵᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕌᒐᓕᐅᖅᓯᒪᔪᑦ - ᐅᐊᕈᑎᒦᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᖓᓂᖏᑦᑕ ᐋᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2007

	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕌᒍᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ	ᑮᓇᐅᔭᒃᑐᕆᑏᑦ	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᖓᓂᖓ ᐊᕐᕌᒍᑦ ᐃᓯᓕᓂᖓᓂ
	$	$	$	$
ᐃᓄᓕᒫᓂᒃ ᖃᓄᐃᖖᒋᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ (ᑲᔪᓯᔪᖅ)				
ᐊᓯᖏᑦ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᒍᑏᑦ				
ᑭᒍᑎᓕᕆᔭᐅᓂᖏᑦ ᐳᒃᑭᓂᕐᓴᒥ ᐃᓕᓐᓂᐊᑐᑦ	-	20,000	-	20,000
ᐋᓚᓂᐊᕆᐅᕐᓴᓂᖅ - "ᖃᓄᖅ ᓄᖅᑲᓂᕐᒪᖅᓖᓪᓚ"		99,300	-	99,300
ᐋᓐᓂᐊᕈᓕᒪᓂᖅ ᐊᑕᓇᕐᑐᒦᑦᑌᓕᓂᕐᓗ	74,426	341,940	369,896	46,470
ᑮᓄ-ᑯᐯᒃ	26,041	38,600	31,033	33,608
ᐅᑭᐅᖅᑕᑐᒥ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᑦ	-	49,696	5,725	43,971
	355,493	1,518,479	1,259,485	614,487
ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᖅᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᒍᑎᓕᐅᕐᓂᓗ				
ᑯᐯᒃᑯᑦ ᑲᕙᒪᖓᑦᑕ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑎᖏᑦ				
ᐋᓐᐊᓂᓯᐅᓇᒥᐅᕐᓴᕆᑏᑦ - ᐱᖁᔭᓅᓕᖓᓚᔪᓂᒃ	-	13,800	-	13,800
ᐊᕐᓃᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᓂᖓᑦ	-	61,614	-	61,614
ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᓂᒃ ᓄᕐᖃᕐᑎᓯᑦᑌᓕᒍᑏᑦ	-	33,119	-	33,119
ᐃᕐᓂᓯᑦᑎᓯᕚᕐᕼᕆᑏᑦ	55,837	-	8,803	47,034
ᐊᓂᕐᖁᐅᔪᓂᒃ ᒐᓚᕚᐅᓂᖅ	(23,121)	-	-	(23,121)
ᓄᑎᑕᐅᔪᑦ ᑲᕙᒪᒃᑯᑦ ᐱᒍᑦᓵᐱᖏᓐᓂᑦ	557	-	-	557
ᐊᓯᖏᑦ ᐱᓇᓱᒍᑏᑦ	10,091	-	2,080	8,011
ᓄᓇᓕᖕᒫᓂ ᓯᕗᓪᓕᐅᔭᐅᒥᐊᓖᑦ	-	-	-	-
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᙵᕐᑦ ᐱᒥᐅᖅᓴᔭᐅᓂᖓᑦ	111,632	88,629	170,959	29,302
ᐅᐱᕐᖓᒥ ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑦᓯᒍᑏᑦ	(146,894)	68,907	81,669	(159,656)
ᓄᓇᓖᒥᒃ ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᒐᓯᐊᕐᓂᒍᑦ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᔪᑦ	70,955	45,000	138,126	(22,171)
ᓯᓚᑕᓂ ᐊᓂᕐᖁᐅᔪᑦ	(92,244)	-	157,667	(249,911)
ᐃᓂᑦᓚᑎᙵᒍᑏᑦ	341,503	371,425	399,694	313,234
ᐃᓂᑦᓚᑎᑦᑕᐅᓂᖏᑦ ᐱᒍᑦᓵᐲᑦ	120,000	100,000	173,160	46,840
ᐊᖅᑭᑕᐅᒍᓐᓇᖏᑦᑐᑦ	40,323	-	73	40,250
ᖃᐅᔨᒋᐊᕐᐱᖅᑲᕐᓂᖅ ᐋᓐᓂᐊᕆᓐᓂᒃ - -ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᕌᓂᕐᓴᓂᒃ	-	79,051	18,000	61,051
ᐃᓚᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᒪᓂᖅ	76,170	145,488	90,051	131,607
ᐱᐊᕐᖁᑦᓴᔭᕐᑕᐅᑎᑦᓯᑌᓂᕐᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕆᑏᑦ	(16,535)	-	-	(16,535)
ᐃᓯᒪᒋᒍᑦ ᑎᒥᒋᒍᑦᓗ ᐃᓗᓯᕐᔫᑎᓖᑦ	135,005	-	26,238	108,767
ᐃᓯᒪᒋᒍᑦ ᐃᓗᓯᕐᔫᑎᓖᑦ - ᐃᓚᒦᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᖏᑦ	-	72,055	-	72,055
ᐱᑦ ᓗᑯᒥᐊᓕᓕᙵᒍᑏᑦ - ᐃᓗᓯᕐᔫᑎᓕᖕᓄᑦ	23,121	-	-	23,121
ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᐅᒥᐅᕐᓴᔪᑦ - ᐃᑲᔪᕐᑎᐅᓂᖅ	16,968	70,000	15,491	71,477
ᐱᕙᑦᓕᑎᑦᓯᒥᐊᕆᑎᑦᓴᑦ - ᑎᒥᒋᒍᑦ ᐃᓗᓯᕐᔫᑎᓕᖕᓂᒃ	(392)	83,230	26,912	55,926
ᐊᖓᔪᖅᖄᖅᑲᖕᓴᐅᔪᑦ ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᖏᑦ - ᐊᕐᓃᑦ ᕿᒪᒃᐱᖏᑦ	-	30,000	30,000	-
ᐱᐊᕝᕕᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓂᖏᑦ	-	22,836	557	22,279
ᐱᕆᕐᐸᓕᐊᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᕗᓗᑕᐅᔪᑦ	629	-	-	629
ᐃᓯᒪᓕᙵᓂᖅ - ᑲᑉᐱᐊᓇᕐᓯᔪᖅᑲᑉᐸᑦ ᐃᑲᔪᕐᑎᐅᒥᐅᕐᓴᓂᖅ	-	54,086	-	54,086
ᐊᕐᓃᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓂᖏᑦ	(33,672)	305,633	56,806	215,155
ᓄᓇᓕᖕᓂ ᑎᒥᐅᔪᑦ - ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑦᓯᓂᖅ	-	160,000	-	160,000
ᐃᒪᓕᙵᓂᖅ - ᓴᐳᒻᒥᒍᑏᑦ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒍᑎᓂᒃ	-	55,487	-	55,487
ᐃᓚᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓂᖅ - ᓄᓇᓕᖕᒫᑎᒍᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᒍᑏᑦ	(29,430)	413,692	6,428	377,834
ᐊᓖᓕᒥᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓖᑦ- ᓴᐳᒻᒥᔭᐅᒍᑎᖏᑦ ᐃᑲᔪᕐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ	-	25,661	3,133	22,528

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕌᓚᓕᐅᕐᓯᒪᕙᑦ - ᐅᐊᕈᑎᒦᑦᓯᑎᒃ ᑲᑎᓐᓂᖏᑦᑕ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᔅ 31, 2007

	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᓪᓂᖓ ᐊᕌᒎᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖓᓂ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ $	ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑏᑦ $	ᑮᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᓪᓂᖓ ᐊᕌᒎᑦ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ $
ᐊᑐᐃᓐᓇᕈᕐᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᒍᑎᓕᐅᕐᓂᓗ (ᑲᔪᔪᖅ)				
ᑲᕙᒪᑐᖅᑲᒃᑯᑦ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᓯᒍᑎᖏᑦ				
ᐃᓄᑐᖅᑲᕐᓂᒃ ᐱᑦᔪᔮᒍᑏᑦ	(1,013)	49,960	50,000	(1,053)
ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ - ᐱᓇᓯᑦᑎᓂᒃ	-	100,000	9,243	90,757
ᐅᕕᓚᕐᑐᐃᑦ ᓴᐳᑦᔭᐅᒪᕕᖓᓚᑦᑕ ᐃᓂᑦᓚᒥᐊᕐᑕᐅᓂᖓᓚᑦ	33,549	105,554	60,260	78,843
ᐅᕕᓚᕐᑐᓕᕆᓂᖅ - ᓄᓇᓕᓕᒫᑎᒍᑦ ᐊᑕᐅᑦᓯᑰᕐᑎᓯᔨ	-	102,836	10,420	92,416
ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑏᑦ ᑲᑦᐱᐊᓇᕐᑐᓯᐅᕐᑐᖅᑲᓕᕐᐸᑦ ᑲᒪᒐᔭᕐᑐᓂᒃ	48,946	-	6,128	42,818
ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᖅᑲᑦᓯᐊᓇᐊᖅᑲᕐᓂᓄᑦ	177,249	-	41,494	135,755
ᐆᖅᑲᓇᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔨ - ᐯᓇᑦᓯᕕᓐᓂᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᖅ	(19,075)	81,911	39	62,797
ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓃᑦ	142,735	80,000	115,690	107,045
ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᕐᓗᑐᓄᑦ ᑲᑎᒫᑦ	142,215	-	-	142,215
ᐆᖅᑲᓇᐅᕐᓴᑎᑦᓯᔨ - ᐱᓇᓱᒍᑎᑦᓴᓕᐅᕐᓂᖅ	-	83,230	-	83,230
ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᖄᓂᕐᓴᑦ - ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᑦᓴᑦ ᐸᕐᓇᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ	-	45,000	-	45,000
ᐱᕈᕐᐸᓕᐊᓂᕐᒥᒍᑦ ᐱᖁᓗᑖᑦ - ᓄᓇᓕᑦᑎᒍᑦ ᑲᑎᙵᓛᑦ	-	18,796	-	18,796
ᐃᓯᒪᒥᒍᑦ ᐱᖁᓗᑖᑦ - ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ	(12,555)	164,924	-	152,369
ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓯᓚᑦᓴᕋᑦ	7,942	-	7,942	-
ᐊᓂᕐᕋᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂᓗ ᐱᒍᑦᔨᒍᑏᑦ	(41,785)	1,874,804	1,897,429	(64,410)
ᐱᐊᕋᑦᓴᐅᓯᑎᒃ ᐋᖓᔮᒍᑕᐅᓕᓃᑦ	-	-	-	-
ᐃᓚᒦᑎᒍᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅ	(14,851)	169,200	151,614	2,735
ᐃᓅᒪᓇᓐᓂᒃ ᐱᒍᓐᓇᖕᒥᕐᓯᒪᔪᓕᓇᒍᑏᑦ	-	25,744	25,721	23
ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐃᓯᒪᒃᑯᑦ ᖃᓄᐃᖕᖏᓯᐊᕐᓂᓕᓇᓂᖅ	159,348	773,623	777,962	155,009
ᐃᒻᒥᓂᐊᕐᑎᓯᑦᑌᓕᒪᓂᕐᔫᑦ ᐸᕐᓇᓯᒪᒍᑏᑦ	-	167,390	137,551	29,839
ᓯᕗᓂᑦᓴᓯᐊᖑᓂᕐᓴᔫᑦ ᑐᕌᕐᓂᖅ	6,720	1,025,218	1,024,650	7,288
ᐊᓯᖏᑦ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᖅᑎᑕᐅᒍᑏᑦ				
ᓄᓇᓕᑐᖅᑲᑦᓴᕋᑦ ᒪᒥᓴᕐᓂᔫᑦ ᑐᙵᕙᕐᑲᕐᐱᖓᓚᑦ	75,206	395,134	470,340	-
ᐊᐅᓚᑦᓯᒌᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᔭᐅᒍᑎᖏᑦ	-	55,095	37,137	17,958
	1,365,134	7,618,132	6,229,467	2,753,799
	2,418,857	36,991,184	35,288,210	4,121,831

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᓴᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2007

1. ᑐᓂᕐᕈᓯᐊᑦ

	2007 $	2006 $
ᐊ) ᐊᐅᓚᑦᓯᒍᑏᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ		
ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒧ	117,049	188,525
ᐱᓇᓯᑦᑏᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑖᑲᐱᒍᑎᖏᑦ	28,612	17,107
ᑖᒃᓯᓕᕆᒍᑏᓐᓂ ᐊᑭᑦᓕᒍᑏᑦ	318,867	418,549
ᐃᓅᓕᑦᓯᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ	1,524,673	3,409,827
ᑐᓚᑦᑕᕕᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒃ	231,031	747,673
ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐃᓄᓕᕆᔨᕐᒥᓐᓂᑦ	3,617	3,617
ᒪᑭᕝᕕᒃ	718,000	461,324
	2,941,849	5,246,622
ᐊᑭᓕᑦᓴᓯᐊᖑᖕᒥᑐᓅᓇᐊᓖᑦ - ᐃᖕᒥᕐᖁᑎᑦᓯᒍᑏᑦ	(531,935)	(500,665)
ᐊᑭᓕᑦᓴᓯᐊᖑᖕᒥᑐᓅᓇᐊᓖᑦ - ᑐᖂᓚᓕᐅᕐᓯᒪᔪᓄᑦ	(223,620)	(210,600)
	2,186,294	4,535,357
ᐸ) ᑐᖂᕐᓂᓕᐅᓇᕐᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔭᑦ		
ᑲᓇᑕᐅᑉ ᐃᓄᓕᕆᔨᕐᒥᓐᓂᑦ	20,179	20,179
ᑲᓇᑕᓕᒫᒥ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒧ	2,066,768	2,193,969
ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒧ - ᐃᓪᒪᕐᑲᐅᑎᓖᑦ		
ᐃᓪᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᙱᑐᑦᓱ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑏᑦ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 9)	11,475,542	5,089,613
ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒧ - ᒪᑭᕝᕕᒃ	1,054,486	1,083,056
ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒧ - ᓴᐆᑏᑦ	11,857,443	14,451,817
ᑯᐯᑉ ᐃᓪᓗᓕᕆᔨᕐᒥᑦ	10,920,723	8,961,629
ᑲᑎᕝᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᕙᒪᖓᑦ	-	100,637
ᒪᑭᕝᕕᒃ	400,867	139,335
	37,796,008	32,040,235

2. ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑏᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ

ᑮᓇᐅᔭᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᒡᓕᖕᒑᕗᑦ:

	2007 $	2006 $
ᐊᓂᕐᖁᓂ ᓄᓇᓕᖕᓂᒧ ᐱᒍᑦᓴᒍᑏᑦ	195,462	-
	195,462	-

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒦᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖏᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᓯᔪᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᓯ 31, 2007

3. **ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ - ᐱᕐᑯᑎᒻᒪᓃᑦ**

ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᔫᖕᒍᕗᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑎᒻᒪᓂᑦᑎᒍᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑎᐅᕙᓂᒃ, ᐅᑦᕿᓂᕐᒥᓂ ᑮᓇᐅᔭᓂᒃ ᑯᐯᒃᑯᑦ ᐃᑦᑐᓕᓈᖕᒥᓃᑦ. ᖁᓕᐅᖕᖏᒪᕐᑐᓂᒃ ᖄᔨᒪᒍᔨᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥ, ᕿᑐᕐᖏᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᖄᑕᐅᔨᒪᕙᓂᒃ ᐊᑭᑭᓂᐋᓄᑦ ᐊᑦᔨᕿᖕᖏᑐᓂᑦᑐ ᐅᑦᑐᓂ ᐃᓱᓕᕝᕕᔅᖅᑲᕐᓯᑎᒃ.

4. **ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ - ᐃᑦᑐᓕᐅᕐᓂᒎᑦ**

ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᕐᑖᔨᒪᕙᑦ ᓴᓇᔪᑎᐅᓂᐊᕐᑐᓂᒃ ᐃᑦᔨᒥᑦᑎᑕᓃᒥᒃ ᑰᒃᕙᐊᒥ ᑖᓐᓇ ᐊᑦᑕᑐᐊᕐᑖᖑᔨᒪᕚᖅ ᑮᓇᐅᔭᒃᑯᕕᒻᒥᑦ the Canadian Imperial Bank of Commerce-ᒥᑦ ᒫᑦᓯ 1, 2002-ᖑᑎᓪᓗᒍ ᖁᑐᕐᖏᐊᖅᑲᕐᓯᓂ 5.910-ᒥᒃ ᐊᑭᓕᓃᕐᔨᒪᒥᐊᖅᑲᕐᓯᓂ ᒫᑦᓯ 1, 2027-ᒥ. ᑖᒃᑯᐊ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᒍᑎᖏᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑉ ᖁᑐᕐᖏᐊᖏᑦᑕᓗ ᐃᓚᒥᔭᐅᕙᑦ ᐃᖏᕐᕋᑎᑦᓯᒍᑎᓄᑦ. ᑲᑎᒍᑎᖏᑦ ᐊᑦᑕᑐᐊᑦ ᐊᕐᕌᒎᑉ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ $2,000,097.

5. **ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓴᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᓴᓂᕐᕙᑕᐅᓯᒪᕙᑦ**

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᓪᓗ ᓄᐃᑎᑦᓯᓚᐅᕙᒻᒪᑕ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎᒥᖅᑲᑦᑕᓂᐊᕐᑕᒥᓂᒃ. ᑮᓇᐅᔭᑦ ᓴᓂᕐᕙᑕᐅᓯᒪᔫᑦ ᓯᕙᓂᑦᓴᔨᐊᖑᓂᕐᓴᒍᑦ ᑐᕿᕈᑎᐅᒐᓯᐊᕐᑐᑎᒍᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᓗ ᐃᓯᒪᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐸᓇᓯᐊᕈᑎᑎᒍᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᑕᒪᒃᑯᓂᖓ ᐸᓇᓯᒐᖅᑲᕐᑐᓂᒃ. ᒫᑦᓯ 31, 2007-ᒥ ᐱᒥᐊᕐᑎᓗᒍ ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᙵᓂᖅᑲᓕᓚᐅᔪᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᒍᑎᑦᓭᑦ $103,930-ᓂᒃ.

ᐊᓯᖏᙵᓂᒃ ᑎᒥᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐸᓇᓯᐊᖅᑲᑎᖅᑲᕐᓗᑎᒃ ᐱᒥᐅᕐᓴᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᐱᒥᐊᕐᑎᓯᔪᑎᑦᓴᐅᔪᑦ ᐳᕐᑐᓂᕐᓴᒥᐊᓪᓚᒥ ᐃᓕᙵᓂᐊᓃᕈᑎᑖᕐᓯᒪᔪᑎᐅᔪᙵᕋᔭᕐᓗᑎᒃ. ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᔪᑎᖅᑲᕐᓂᖅ ᑯᐯᒥ ᓄᓇᖅᑲᖅᖄᓯᒪᕙᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᑐᓕᓈᖏᙵᓂᒃ ᐊᑎᓕᐅᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑐᖅ ᑕᒪᑐᒥᖓ ᑲᔪᓯᑎᑦᓯᒥᐊᕈᑎᑦᓴᐅᓯᓂ.

6. **ᓴᑑᑏᑦ ᐊᑭᓕᓇᐋᑦ**

ᓴᑐᑎᑦ ᐊᑭᓕᓇᐋᑦ ᐃᒣᓕᖓᔪᑦ:

ᓴᑑᑏᑦ ᐁᓇᓕ 1, 2000-ᒥᓂᑦ ᐊᑯᓐᓂᕐᑐᒨᓕᖓᕙᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᕐᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᖁᑐᕐᖏᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ ᐊᓯᑦᔨᑕᕐᑐᓂᒃ ᐊᑭᓕᓃᕐᓯᒪᒐᔭᕐᓯᑎᓪᓗ; ᒫᑦᓯ 31, 2023-ᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᖁᑐᕐᖏᐊᖏᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᓂᖅᑲᔫᑦ:

	$
	5,181,202

ᓄᓇᕕᒃ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᒍᑦᔨᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔩᖏᑦ
ᑮᓇᐅᔭᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᓯᒍᑎᖏᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒫᑦᔨ 31, 2007

6. ᓴᑑᑏᑦ ᐊᑭᓕᕆᐊᓖᑦ (ᑲᔪᓯᔪᑦ)

	$
ᓴᑑᑏᑦ ᒫᑦᔨ 30, 2001-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓃᕐᑐᒨᓕᖕᒐᔪᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ 6.118-ᒥᒃ ᐊᑭᓕᓈᕐᓯᒪᓚᔭᕐᓯᑎᑦᓗ: ᑏᓯᒻᐱᕆ 1, 2015-ᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖏᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᓂᖅᑲᓲᑦ;	668,724
ᓴᑑᑏᑦ ᒫᑦᔨ 31, 2001-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓃᕐᑐᒨᓕᖕᒐᔪᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ 6.118-ᒥᒃ ᐊᑭᓕᓈᕐᓯᒪᓚᔭᕐᓯᑎᑦᓗ: ᑏᓯᒻᐱᕆ 1, 2015-ᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖏᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᓂᖅᑲᓲᑦ;	1,023,492
ᓴᑑᑏᑦ ᒫᑦᔨ 30, 2001-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓃᕐᑐᒨᓕᖕᒐᔪᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ 5.548-ᒥᒃ ᐊᑭᓕᓈᕐᓯᒪᓚᔭᕐᓯᑎᑦᓗ: ᐆᒃᑑᐱᕆ 1, 2007-ᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖏᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᓂᖅᑲᓲᑦ;	23,657
ᓴᑑᑏᑦ ᔫᓂ 16, 2003-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓃᕐᑐᒨᓕᖕᒐᔪᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ 4.264-ᒥᒃ ᐊᑭᓕᓈᕐᓯᒪᓚᔭᕐᓯᑎᑦᓗ: ᑏᓯᒻᐱᕆ 1, 2008-ᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖏᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᓂᖅᑲᓲᑦ;	4,332,371
ᓴᑑᑏᑦ ᔫᓂ 16, 2003-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓃᕐᑐᒨᓕᖕᒐᔪᒥᒃ ᑮᓇᐅᔭᖅᑲᕐᑎᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᓯᑎᒃ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖅᑲᕐᓯᑎᒃ 4.264-ᒥᒃ ᐊᑭᓕᓈᕐᓯᒪᓚᔭᕐᓯᑎᑦᓗ: ᑏᓯᒻᐱᕆ 1, 2008-ᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᕿᑐᕐᖕᒥᐊᖏᑦ ᐊᕐᕌᒍᑕᒫᑦ ᐊᑭᓕᕐᑐᑕᐅᓂᖅᑲᓲᑦ.	627,997
	11,857,443
ᒫᓐᓇᒧᐊᖓᔪᑦ	1,466,061
	10,391,382

7. ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᔭᐅᓂᖓᑕ ᐊᐅᓚᐅᒍᑎᖏᑦ

ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑎᐅᓯᒪᔪᑦ, ᐃᑎᕆᐊᓖᑦ ᐊᑭᓕᕆᐊᓖᑦᓗ ᐃᓅᓕᕐᓯᕖᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᑲᑎᖅᑲᑎᒌᕐᓯᒪᖕᖏᑐᑦ ᐊᕐᕌᒎᑦᓗ ᐃᓱᓕᓂᖓᓂ ᑲᑎᒍᑎᓯᒪᒪᑎᒃ. ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐊᒥᓱᒪᕆᐊᒪᓗᐊᕐᑎᓗᒥᑦ. ᐊᑦᔨᒌᖖᒥᓂᖓ ᑖᒃᑯᐊ ᑭᓯᑕᐅᓯᒪᔪᑦ $399,780. ᑖᒃᑯᐊ ᐅᓄᕐᓂᖏᑦ ᐋᕐᕿᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᒥᑦᓴᐅᓴᕈᑎᐅᓯᒪᔪᓂᑦ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᑕᒪᓯᒪᔪᕐᓯᐅᑕᐅᓚᐅᔪᑦ ᐱᔭᓈᕐᑕᐅᓯᒪᓚᖓᔪᖖᒥᒪᑕ ᐃᓅᓕᕐᓯᕖᒃ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᑎᑦᓗᒥᑦ.

8. ᓯᕗᓂᖓᒍᑦ ᐊᕐᕌᒍᖏᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ

ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐃᓅᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᑐᖅᑲᑕᕐᐱᐅᔪᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᖃᐅᔨᓴᕈᑎᒥᓯᒪᔪᖏᑦ 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006 ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑎᓂ ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᓚᐅᕐᖏᑐᑦ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓕᕐᑎᓗᒥᑦ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ. ᐋᖅᑭᒥᐊᕈᑎᐅᒥᐊᕐᑲᓛᕐᑐᑦ ᑖᒃᑯᐊ ᐱᔭᕇᕐᓯᒪᓕᕐᐸᑕ 2007-2008-ᒥ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᓐᓂ ᓄᐃᑕᒪᔪᕐᑐᑦ.

9. ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖏᑐᑦ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑏᑦ

ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᓪᓗ ᐊᖏᕐᑲᑎᒦᒍᑎᓕᐅᕐᑲᑎᕐᑲᕐᓯᒪᖏᑐᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᓪᓗ ᑐᖅᑲᑕᕐᐱᖓᓂᒃ ᑯᐯᒻᒥ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖏᑐᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᓄᑦ. ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᕐᑕᑐᐊᖓ ᐅᓪᓗᓕᐅᕐᓯᒪᔪᑦ ᑏᓯᒻᐱᕆ 12, 2004-ᖑᑎᓪᓗᒍ ᐊᕙᓗᓕᕐᑐᐃᒍᑎᐅᔪᕕᓂᖅ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓂᐊᕐᑐᓂᒃ.

ᑖᓐᓇ ᐊᓪᓚᓯᒪᔪᖅ ᑐᖓᕕᒥᑦᓯᒍ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᓪᓗ ᑲᒪᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᔨᖏᓐᓂᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᑮᓇᐅᔭᕐᑯᑎᖏᓐᓂᓗ. ᑕᒪᑐᒧᖓ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᓪᓗ ᑐᑭᓯᓇᕐᑎᓯᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔪᑦ, ᐊᖏᕐᓗᑎᒃ ᐊᑐᓕᕐᑎᓯᓗᑎᓪᓗ ᒪᓕᒐᐅᓂᐊᕐᑐᓂᒃ ᐱᓇᓯᒍᑎᐅᓂᐊᕐᑐᓂᓪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᓇᓯᒍᑎᑦᓴᓂᒃ.

ᑌᒣᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒍ ᑖᒃᑯᐊ ᒪᓕᒐᐅᒐᔭᕐᑐᑦ ᐱᓇᓯᒍᑎᐅᒐᔭᕐᑐᓗ ᐱᑕᕐᑲᕐᓯᒪᖏᒥᔪᑦ 2005-2006-ᒥ ᑮᓇᐅᔭᓕᓐᓇᒥ. ᓄᑕᐅᓯᓕᕐᑕᐅᓯᒪᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒍ ᐋᓐᓂᐊᕕᓕᐊᕐᑐᑦ ᐅᓯᑲᑦᑕᑕᐅᒍᑎᖏᓐᓄᑦ ᒪᓕᒐᖅ ᑕᒻᒪᓂ ᐊᕐᕌᒍᒥ ᐊᖏᕐᑕᐅᓯᒪᑦᓯᓂ. ᑖᓐᓇ ᒪᓕᒐᖅ ᐃᓐᓇᓗᑯᖏᓐᓂ ᐃᓗᓕᖏᓐᓂᒃ ᐱᑕᕐᑲᖏᒥᔪᖅ ᒪᓕᑦᑕᐅᒌᖑᒐᓗᐊᕐᓂ ᐊᑐᕐᑎᑕᐅᑦᓯᓂᓗ ᐃᓗᐃᓐᓇᖓᒍᑦ. ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᑦᓚᒃ, ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔭᕐᑖᕆᔭᐅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔨᓂᓪᓗ ᐱᑎᓪᓗᒥᑦ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖏᑐᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᓄᑦ ᑐᓂᔭᐅᓚᐅᔪᒥᑦ ᒪᓕᒐᕐᑕᕐᑲᕐᑎᓇᒥᑦ ᐋᖅᑭᖓᒍᑎᒥᓂᐊᕐᑕᖏᓐᓂᓗ ᐱᑕᕐᑲᕐᑎᓇᒥᑦ.

ᒪᓕᒐᕐᑕᕐᑲᖏᒥᓂᑯᖓᓄᑦ ᐱᓇᓯᒍᑎᓂᓪᓗ ᑕᒻᒪᓯᒪᔪᕐᓯᐅᑕᐅᒍᑎᒥᒥᐊᕐᑲᕐᓯᒪᔭᖏᑦ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᒍᑏᑦ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖏᑐᑦ ᐱᔭᕇᕐᑕᐅᒍᓐᓇᓪᓚᐅᖏᑐᑦ ᐱᓇᓯᐊᕈᑎᒥᓯᒪᔭᖏᓐᓂ ᑮᓇᐅᔭᓂᓪᓗ ᐊᐅᓚᓯᒪᔭᖏᓐᓂ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖏᑐᑦ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑏᑦ.

ᐃᔭᐅᑎᓕᕆᓂᕐᒨᓕᖓᔪᑦ, ᑭᒍᑎᙳᐊᓄᓪᓗ ᐃᓚᒥᔭᐅᒻᒥᑎᓪᓗᒥᑦ ᐄᖅᑲᒪᕐᑖᕈᑏᑦ, ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒍᑎᑖᕈᑏᓪᓗ ᐱᕐᑯᑎᑖᕈᑏᓪᓗ ᓄᓇᕕᐅᑉ ᓯᓚᑖᓂ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔫᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒥᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᖅ 3-ᖓᓂᒃ ᐊᑭᒥᔭᐅᔪᓂᒃ ᐃᒻᒪᕐᑲᐅᑎᕐᑲᖏᑐᓄᑦ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔭᐅᒍᑏᑦ ᐱᕙᓪᓕᕐᑯᑎᖏᓐᓄᑦ. ᐅᑯᐊ ᑕᒻᒪᓯᒪᔪᕐᓯᐅᑕᐅᔪᓂ ᓄᐃᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ:

- ᑲᓇᑕᒥ ᕐᑲᓄᐃᖏᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔩᑦ ᒪᓕᒐᖏᑦ ᐃᓇᓯᒍᑎᖏᓪᓗ ᐊᑐᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ. ᒪᓕᒐᓕᐊᕆᔭᐅᓯᒪᔪᒥᒃ ᓄᓇᕕᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᐃᓅᓕᕆᔩᓪᓗ ᑲᑎᙵᔨᖏᓐᓄᑦ ᓄᐃᑕᔪᕐᑲᖁᓗᐊᕐᓯᓂ ᖏᕐᑕᐅᒍᑎᓪᓚᕕᓂᖏᓐᓂᒃ ᓴᖅᑭᔮᕐᑐᕐᑲᖏᑐᑦ;

9. ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᖃᙱᑦᑐᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑏᑦ (ᑲᔪᓯᔪᖅ)

- ᑮᓇᐅᔭᕐᑐᕈᑎᐅᓯᒪᔪᓕᒫᑦ ᖃᐅᔨᒥ ᐊᕐᑕᐅᒍᓐᓇᑐᑦ ᑭᓇᒃᑰᓂᖏᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓗᒥᑦ ᐃᓚᐅᔪᑦ ᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᓐᓂ;
- 2004-2005 ᐊᕐᕌᒍ ᓯᕗᓪᓕᖑᖅ ᐊᑑᑎᑎᑕᐅᓂᖏᑦᑕ ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᖃᙱᑦᑐᑦ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᓂᕐᒥ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑏᑦ, ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᒍᑎᒥᖃᑦᑕᓯᒪᔭᖏᓐᓂᒃ ᐊᓪᓚᖅᑯᑎᓂᒃ ᐱᑕᖃᙱᑦᑐᖅ. ᑭᓯᐊᓂᓗ ᖃᐅᔨᒪᓇᓚᐅᕐᒥᓯᓂ ᐃᔭᐅᑎᑖᕆᑎᕕᓃᑦ ᑭᒍᑎᙳᐊᑖᕆᑎᕕᓃᓪᓗ ᐊᑕᐅᓯᐊᕐᓯᑎᒃ ᐱᑕᖃᓐᓂᐊᖏᓐᓂᒃ ᐊᑕᐅᓯᕐᒧᑦ;
- ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐃᕐᖃᓚᕐᓂᒃ ᓂᐅᕕᕆᑎᕕᓃᑦ ᐋᕐᕿᒐᑦᓯᐊᓚᐅᕐᒥᓚᑎᒃ ᒪᓕᙱᓯᑎᒃ ᑲᓇᑕᒥ ᖃᓄᐃᙱᓯᐊᕐᓂᓕᕆᔩᑦ ᒪᓕᒐᖏᓂᒃ. ᐊᑐᖃᑦᑕᓯᒪᓪᒥᓯᑎᓪᓗ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑖᕐᓇᐅᑎᓂᒃ ᑯᐯᒃᑯᑦ ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᖏᑦᑕ ᐋᕐᕿᓯᒪᔭᖏᓐᓂᒃ;
- ᑐᑭᓯᓇᑦᓯᐊᓚᐅᙱᒥᔪᖅ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑎᑖᕆᑎᓂ ᐊᑭᑭᓐᓂᓴᔭᐅᓂᕐᓴᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᔪᓪᓕᒪᕆᐅᓂᕐᓴᐅᓂᖏᓐᓂᒃ.

ᐃᓚᖃᕐᑎᓗᒍ, ᑖᒃᑯᐊ ᑮᓇᐅᔭᓕᕆᒍᑏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᒍᑎᖏᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒥᑦ, ᑯᐯᒥ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒥᒃ ᐃᓄᓕᕆᓂᕐᒥᓗ ᐱᒍᑦᔨᕕᒃ ᑲᑎᒍᑎᖏᓐᓂᒃ ᓯᕐᖁᐃᓯᓚᐅᔪᙱᑐᖅ ᐊᑭᓕᕐᑕᐅᒥᐊᖃᕐᑐᓂᒃᐃᓗᓯᓕᕆᔩᒃᑯᓄᑦ ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᓕᓐᓄᑦ ᐃᒻᒪᖃᐅᑎᖃᙱᑦᑐᓄᓪᓗ ᐃᓗᓯᓕᕆᓂᕐᒧᑦ ᐱᕙᓪᓕᖅᑯᑎᓄᑦ. ᑖᒃᑯᐊ ᑲᑎᖃᑎᒌᒍᑎᖏᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᐃᑎᓕᐊᖃᕐᑎᓗᒥᑦ ᐃᒣᓕᖕᒐᔪᑦ:

	$
2005-2006	5,089,613
2006-2007	6,385,929
	11,475,542

10. ᓂᐅᕕᕐᓂᒧᑦ ᐊᕐᕿᖕᒐᐅᓰᑦ

ᐃᓗᓯᓕᕆᔩᑦ ᒪᓕᒐᖕᒐᖃᙱᑐᑦ ᐱᓇᓱᒍᑎᖃᕿᑎᓪᓗ ᑎᑭᖤᓂᕐᒧᑦ ᓂᐅᕕᕐᓂᒧᑦ ᓂᐅᕕᖃᑦᑕᓯᒪᓕᕐᓯᑎᓪᓗ ᐊᑭᑭᓐᓂᐸᐅᓕᐅᑎᓂᖅ ᐊᑑᑎᔭᐅᑎᓐᓇᒍ ᐊᑭᑐᔪᐊᒐᓗᐊᕐᑎᓗᒥᑦ ᑖᒃᑯᐊᓗ ᐱᑦᔪᔭᐅᒍᑎᐅᒍᓯᒪᔪᑦ ᐊᖏᖃᑎᒌᒍᑎᑕᖏᓐᓂᒃ ᐱᑕᖃᕿᑎᒃ.

ᐊᒻᒪᓗᒥᐊᓪᓚᒃ ᐃᓘᓐᓇᑲᓴᑦᓯᐊᖏᓐᓂ ᑐᑭᒧᐊᑦᑎᓯᕙᐅᑦ ᐊᖏᕆᑎᖕᒐ ᐅᕙᓗᓐᓃᑦ ᐊᐅᓚᑦᑕᖃᕐᑐᑦ ᑮᓇᐅᔦᑦ ᑐᕌᖕᒐᖏᓐᓂ ᐱᑕᖃᖃᑦᑕᕿᓂ ᓂᐅᕕᕐᕕᐅᔪᕕᓃᑦ ᐊᑭᓖᖅᑯᔨᒍᑎᖏᓂ ᓂᐅᕕᐊᖅᒍᓚᐅᕐᑎᓇᒍ ᐋᕐᕿᑕᐅᓯᒪᒥᐊᓕᕕᓃᑦ ᐱᑕᖃᖃᑦᑕᕿᑎᒃ.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS

MARCH 31, 2007

PB

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2007

TABLE OF CONTENTS

	Page
AUDITORS' REPORT	1
APPENDIX I	2
OPERATING FUND	
BALANCE SHEET	3
STATEMENT OF FUND BALANCE	4
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	5
LONG-TERM ASSETS FUND	
BALANCE SHEET	6
STATEMENT OF FUND BALANCE	7
ASSIGNED FUND	
COMBINED BALANCE SHEET	8
STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE	9
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS	12

PB

PRATTE, BÉLANGER
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔩᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒻᒪᓯᒪᔪᕐᓂᐊᑏᑦ
PRATTE, BÉLANGER COMPTABLES AGRÉES INC.
PRATTE, BÉLANGER CHARTERED ACCOUNTANTS INC.

AUDITORS' REPORT

Members of the Board
Nunavik Regional Board of Health and Social Services

We have prepared the balance sheets of the Operating Fund, Assigned Fund and Long-Term Assets Fund of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services as at March 31, 2007 and the following statements for the year then ended:

- statements of fund balance of the Operating Fund, Long-Term Assets Fund and of the Assigned Fund;

- statements of revenue and expenses of the Operating Fund and of the Assigned Fund.

These financial statements have been prepared from information contained in the annual financial report (Form AS-475) of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services for the year ended March 31, 2007 on which we have issued and auditors' report dated June 8, 2007, including certain restrictions as outlined in Appendix I.

In our opinion, these financial statements fairly summarize the financial information contained in the annual financial report (Form AS-475) of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services for the year ended March 31, 2007.

Pratte, Bélanger

Pratte, Bélanger Chartered Accountants Inc.

June 8, 2007

Montréal • 1240, AVE. BEAUMONT, BUREAU 100, MONT-ROYAL (QUÉBEC) H3P 3E5
TÉL. : (514) 731-5353 • FAX : (514) 731-4833 • www.pb.ca
Kuujjuaq • 310 FORD STREET, P.O. BOX 639, KUUJJUAQ, NUNAVIK J0M 1C0
TEL. : (819) 964-5353 • FAX : (819) 964-4833 • www.pb.ca

Kreston International
UN RÉSEAU MONDIAL DE COMPTABLES INDÉPENDANTS
A WORLD-WIDE NETWORK OF INDEPENDENT ACCOUNTANTS

AUDITORS' REPORT (CONT'D)
APPENDIX I

Insured and Non-Insured Health Benefits

As described in note 9, due to the absence of the specific policies and procedures required for the administration of the Insured and Non-Insured Health Benefits, we were not able to complete the audit mandate of the Insured and Non-Insured Health Benefits.

Furthermore, the balance of the funds receivable was not confirmed by the Quebec Department of Health and Social Services.

Purchasing Procedures

As described in note 10, the Regional Board lacked the proper purchasing policies and procedures and purchases were conducted without contracts and /or tenders.

Transactions with the Establishments

As described in note 7, the transactions with the Inuulitsivik Health Centre were not reconciled and balanced a year-end, despite the importance of the amounts involved.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2007

	2007 $	2006 $
ASSETS		
CASH	2,085,928	870,264
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 1 a))	2,186,294	4,535,357
	4,272,222	5,405,621
LIABILITIES		
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	1,555,087	1,226,351
DUE TO ASSIGNED FUND	5,554,607	7,283,638
	7,109,694	8,509,989
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	(2,837,472)	(3,104,368)
	(2,837,472)	(3,104,368)
	4,272,222	5,405,621

APPROVED ON BEHALF OF THE BOARD:

______________________________, Member

______________________________, Member

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - STATEMENT OF FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2007

	Budget 2007 $	Actual 2007 $	Actual 2006 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	(3,179,160)	(3,104,368)	(2,978,845)
Previous years adjustment	-	418,387	-
Excess (deficiency) of revenue over expenses	(278,408)	(151,491)	(125,523)
FUND BALANCE - END OF YEAR	(3,457,568)	(2,837,472)	(3,104,368)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2007

	Budget 2007 $	Actual 2007 $	Actual 2006 $
REVENUE			
Health and Social Services - Regular operations	4,236,990	4,420,337	3,780,171
Housing rental	322,000	317,973	323,787
Interest income	7,500	94,781	49,762
Administration fees	98,073	111,579	116,508
Kativik Regional Government	-	-	18,604
Municipal affairs	-	210,793	205,802
Other income	205,998	38,894	51,667
	4,870,561	5,194,357	4,546,301
Deferred revenue - beginning of year	-	-	170,206
Deferred revenue - end of year	-	-	-
	-	-	170,206
	4,870,561	5,194,357	4,716,507
EXPENSES			
General administration	3,822,204	4,227,237	3,669,635
Community Health Advisors	897,076	628,018	715,742
Building Operating Costs	429,689	490,593	456,653
	5,148,969	5,345,848	4,842,030
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	(278,408)	(151,491)	(125,523)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2007

	2007 $	2006 $
ASSETS		
FIXED ASSETS		
Computer and office equipment	2,237,354	2,150,874
Housing units	5,826,158	5,808,703
Housing furniture	303,055	303,055
Office building	3,204,479	3,058,165
Specialized equipment	66,016	66,016
Vehicles	126,516	76,146
	11,763,578	11,462,959
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	11,763,578	11,462,959
	11,763,578	11,462,959

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - STATEMENT OF FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2007

	2007 $	2006 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	11,462,959	11,432,604
Capital assets purchased through the Operating Fund	107,631	-
Capital assets purchased through the Assigned Fund	192,988	30,355
FUND BALANCE - END OF YEAR	11,763,578	11,462,959

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - COMBINED BALANCE SHEET
MARCH 31, 2007

	2007 $	2006 $
ASSETS		
CURRENT ASSETS		
CASH	196,730	93,599
DUE FROM OPERATING FUND	5,554,607	7,283,638
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 1 b))	37,796,008	32,040,235
	43,547,345	39,417,472
LIABILITIES		
CURRENT LIABILITIES		
BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND (note 4)	1,594,630	1,334,338
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	16,038,248	13,373,676
TEMPORARY FINANCING	9,635,801	7,734,855
TRAINING RESERVE (note 5)	103,930	103,930
DEFERRED REVENUE (note 2)	195,462	-
CURRENT PORTION OF BONDS PAYABLE (note 6)	1,466,061	2,594,374
	29,034,132	25,141,173
BONDS PAYABLE (note 6)	10,391,382	11,857,442
	39,425,514	36,998,615
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	4,121,831	2,418,857
	4,121,831	2,418,857
	43,547,345	39,417,472

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2007

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Fund Balance end of year $
ADMINISTRATION				
Provincial funds				
Insured/non-insured health benefits management	103,142	275,000	268,776	109,366
Insured/non-insured health benefits program	-	23,531,119	23,531,119	-
Emergency measures	411,861	622,780	637,243	397,398
Computer system implementation	14,790	-	14,790	-
Housing construction	(66,641)	-	10,545	(77,186)
MEO technology orientation	29,291	-	-	29,291
Strategic planning	(81,475)	-	106,823	(188,298)
Federal funds				
PACS-Teleradiology	-	-	-	-
Other funds				
Fixed assets - Capital	-	2,642,053	2,642,053	-
ITK - regional engagement	-	213,750	58,172	155,578
Community network - Nunavik youth	287,262	40,605	471	327,396
Technocentre	-	195,274	195,274	-
Regional administrative services	-	333,992	333,992	-
	698,230	27,854,573	27,799,258	753,545
PUBLIC HEALTH				
Provincial funds				
Smoking Action Plan	(132,915)	-	-	(132,915)
Food Safety Project	75,787	-	7,320	68,467
Breast Cancer Screening Program - Regional	(135,753)	-	-	(135,753)
Non-smoking advertising campaign	(26,080)	-	-	(26,080)
Injuries prevention research	10,000	-	-	10,000
AIDS and STD - Information and prevention	70,572	-	31,397	39,175
Hepatitis C	6,035	-	-	6,035
Vaccines B - Sec. 5	75,877	104,648	11,772	168,753
Perinatal global services	30,726	-	30,726	-
Promotion campaign	8,463	-	4,530	3,933
Inuit health survey	92,715	-	6,781	85,934
Breast-feeding campaign	8,404	-	3,259	5,145
Federal funds				
Nutrition Program	18,426	-	3,205	15,221
National NCP coordinator	-	-	3,177	(3,177)
Tobacco Federal Program	(2,907)	107,779	76,847	28,025
FAS	5,286	263,814	196,521	72,579
Diabetes	(15,239)	241,835	220,336	6,260
Nutritional Program	115,629	250,867	256,960	109,536
Health consultation	50,000	-	-	50,000
Other funds				
Dental health for primary school	-	20,000	-	20,000
Literacy learning - "How I quit"	-	99,300	-	99,300
Occupational Health and Safety	74,426	341,940	369,896	46,470
Kino-Quebec	26,041	38,600	31,033	33,608

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2007

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Fund Balance end of year $
PUBLIC HEALTH (CONT'D)				
Arctic net project	-	49,696	5,725	43,971
	355,493	1,518,479	1,259,485	614,487
PLANNING AND PROGRAMMING				
Provincial funds				
Training medical - legal kit	-	13,800	-	13,800
Women's health program	-	61,614	-	61,614
Nurse retention	-	33,119	-	33,119
Midwifery Program	55,837	-	8,803	47,034
Home care	(23,121)	-	-	(23,121)
OPHQ Transfer	557	-	-	557
Other programs	10,091	-	2,080	8,011
Regional priorities	-	-	-	-
Managerial staff development	111,632	88,629	170,959	29,302
Summer training and employment	(146,894)	68,907	81,669	(159,656)
Community Participation Plan	70,955	45,000	138,126	(22,171)
External residency in family medicine	(92,244)	-	157,667	(249,911)
Installation premium - Training bursary	341,503	371,425	399,694	313,234
Organization of services - Nursing	120,000	100,000	173,160	46,840
Cancer	40,323	-	73	40,250
Consultation with Health Centres - CLSC	-	79,051	18,000	61,051
Suicide prevention	76,170	145,488	90,051	131,607
Abortion Intervention Program	(16,535)	-	-	(16,535)
Intellectual and physical deficiency	135,005	-	26,238	108,767
Intellectual deficiency - family support	-	72,055	-	72,055
Specialized supplies - handicapped persons	23,121	-	-	23,121
Training nurse - intervenant	16,968	70,000	15,491	71,477
Services improvement - physical deficiency	(392)	83,230	26,912	55,926
Parental support - women shelter	-	30,000	30,000	-
Violence against children	-	22,836	557	22,279
Development problems	629	-	-	629
Mental health - Training on crisis management	-	54,086	-	54,086
Violence against women	(33,672)	305,633	56,806	215,155
Community organization - training	-	160,000	-	160,000
Mental health - support on clinical projects	-	55,487	-	55,487
Suicide prevention - regional strategy	(29,430)	413,692	6,428	377,834
Breast cancer - Diagnostic and patient support	-	25,661	3,133	22,528
Services to elders	(1,013)	49,960	50,000	(1,053)
Training - network employees	-	100,000	9,243	90,757
Youth protection reorganization	33,549	105,554	60,260	78,843
Youth program - regional coordinator	-	102,836	10,420	92,416
Training on crisis management	48,946	-	6,128	42,818
Mental health	177,249	-	41,494	135,755
Speech pathology - training daycare	(19,075)	81,911	39	62,797
Training	142,735	80,000	115,690	107,045
Psycho-social committee	142,215	-	-	142,215

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2007

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Fund Balance end of year $
PLANNING AND PROGRAMMING (CONT'D)				
Speech pathology - program development	-	83,230	-	83,230
CLSC - Regional development strategy	-	45,000	-	45,000
Development problems - regional committee	-	18,796	-	18,796
Intellectual deficiency - evaluation chart	(12,555)	164,924	-	152,369
Federal funds				
Health careers	7,942	-	7,942	-
Home and community care	(41,785)	1,874,804	1,897,429	(64,410)
FAE	-	-	-	-
Family violence	(14,851)	169,200	151,614	2,735
Disabled adults care	-	25,744	25,721	23
Community Mental Health	159,348	773,623	777,962	155,009
Suicide prevention strategy	-	167,390	137,551	29,839
Brighter Futures	6,720	1,025,218	1,024,650	7,288
Other funds				
Aboriginal Healing Foundation	75,206	395,134	470,340	-
Managers' training	-	55,095	37,137	17,958
	1,365,134	7,618,132	6,229,467	2,753,799
	2,418,857	36,991,184	35,288,210	4,121,831

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2007

1. ACCOUNTS RECEIVABLE

	2007 $	2006 $
a) Operating Fund		
Health and Social Services	117,049	188,525
Employee advances	28,612	17,107
GST/QST rebates	318,867	418,549
Inuulitsivik Health Centre	1,524,673	3,409,827
Tulattavik Health Centre	231,031	747,673
Indian and Northern Affairs Canada	3,617	3,617
Others	718,000	461,324
	2,941,849	5,246,622
Provision for bad debts - operating fund	(531,935)	(500,665)
Provision for bad debts - assigned fund	(223,620)	(210,600)
	2,186,294	4,535,357
b) Assigned Fund		
Indian and Northern Affairs Canada	20,179	20,179
Health Canada	2,066,768	2,193,969
Health and Social Services - INIHB (note 9)	11,475,542	5,089,613
Health and Social Services - Others	1,054,486	1,083,056
Health and Social Services - Bonds	11,857,443	14,451,817
Corporation d'hébergement du Québec	10,920,723	8,961,629
Kativik Regional Government	-	100,637
Others	400,867	139,335
	37,796,008	32,040,235

2. DEFERRED REVENUE

The deferred revenue is composed of the following:

	2007 $	2006 $
Home and community care	195,462	-
	195,462	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2007

3. BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND

The bank loans are used to cover capital expenses, awaiting the reception of the funds from the Corporation d'Hébergement du Québec. They are composed of ten (10) revolving authorized credit margins with the Canadian Imperial Bank of Commerce, bearing interest at prime rate and maturing at different dates.

4. BANK LOAN - CONSTRUCTION

A bank loan was contracted for the construction of the duplexes in Kuujjuaq, the said loan was issued by the Canadian Imperial Bank of Commerce on March 1, 2002 at an interest rate of 5.910% and maturing on March 1, 2027. Payments of principal and interest are considered as an expense of the Operating Fund. The balance of the loan at year end is $2,000,097.

5. TRAINING RESERVE

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services created a training reserve. Funds are set aside under the Brighter Future and the Community Mental Health Programs, to provide training to the workers in these programs. As of March 31, 2007 the total amount of the training reserve is $ 103,930.

The intent is to set up correspondence courses in collaboration with other Nunavik organizations, this training should lead to a college degree. An agreement with the Native Training Institute of Quebec has been signed to carry out this Training Program.

6. BONDS PAYABLE

The details of the bonds payable are as follows:

	$
Bonds, issued April 1, 2000, for the financing of the long-term assets, bearing interest at variable rate and maturing on March 31, 2023. The related interest is payable on a semi annual basis;	5,181,202
Bonds, issued March 30, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.118% and maturing on December 1, 2015. The related interest is payable on a semi annual basis;	668,724
Bonds, issued March 31, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.118% and maturing on December 1, 2015. The related interest is payable on a semi annual basis;	1,023,492

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2007

6. BONDS PAYABLE (CONT'D)

	$
Bonds, issued March 30, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 5.548% and maturing on October 1, 2007. The related interest is payable on a semi annual basis;	23,657
Bonds, issued June 16, 2003, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 4.264% and maturing on December 1, 2008. The related interest is payable on a semi annual basis;	4,332,371
Bonds, issued June 16, 2003, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 4.264% and maturing on December 1, 2008. The related interest is payable on a semi annual basis.	627,997
	11,857,443
Less: current portion	1,466,061
	10,391,382

7. TRANSACTIONS WITH THE ESTABLISHMENTS

The transactions, receivables and payables, with the Inuulitsivik Health Centre were not reconciled and balanced at year-end, despite the importance of the amounts involved. The net difference of these transactions is estimated at $399,780. This amount is based on preliminary estimates since the audit of the Inuulitsivik Health Centre was not completed at the time of issuance of the present financial statements.

8. PREVIOUS YEARS' ANALYSIS

The MSSS analysis of the 2003-2004, 2004-2005 and 2005-2006 financial reports were not available at the time of issuance of the present financial statements. Any adjustments resulting from these analysis will be reflected in the 2007-2008 financial statements.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2007

9. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) did not sign a specific agreement with MSSS in relation to the Insured and Non-Insured Health Benefits (INIHB). The only available document is a reference framework dated December 12, 2004.

Based on this document, the NRBHSS had the direct responsibility for the management of the INIHB and its related funds. For this purpose the NRBHSS was to elaborate, approve and implement specific policies and procedures for the administration of the program.

However, such policies and procedures did not exist during the 2005-2006 financial year. Only an update of the patients' transportation policy was approved during the year. This policy does not cover all the specific criteria of the INIHB and it is followed and applied only in part. Furthermore, the funds received by the NRBHSS for the INIHB were transferred to the establishments in total without any conditions or guidelines.

Due to the absence of the policies and procedures, the specific audit mandate related to INIHB could not be conducted on the majority of the activities and funds related to INIHB.

Only the portion of the program related to eyeglasses, dental prosthesis as well as medications, medical supplies and equipment outside the region was subject to a special audit. This portion represents about 3% of the total cost of the INIHB. Following is the outcome of this audit:

- The related policies and procedures of Health Canada are followed and applied. A derived draft policy of the NRBHSS was available but no proof of its approval by the Board;
- All expenses could be traced to patients' names on the beneficiaries list;
- Since 2004-2005 is the first year of application of the INIHB, no historical data was available. It was however clear that eyeglasses and dental prosthesis were claimed only once by the same patient;
- The disbursements related to medications outside the region were not always in line with the list of approved medications of Health Canada. The list of medications of the RAMQ was also used at times;
- It was not evident that generic medications were favoured at all times.

In addition, as of the date of issuance of the present financial statements, the Quebec Department of Health and Social Services did not confirm the balance of the funds payable to the Regional Board in relation to the INIHB. This balance is recorded as part of the accounts receivable as follows:

	$
2005-2006	5,089,613
2006-2007	6,385,929
	11,475,542

10. PURCHASING PROCEDURES

The Regional Board does not have approved purchasing policies and procedures and certain purchases were conducted without any calls for tender and most of the service purchases were not supported by valid contracts.

Furthermore, in most cases, the proof of approval by the Director or the budget responsible was not available with the suppliers' invoices prior to processing.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ÉTATS FINANCIERS SOMMAIRES

31 MARS 2007

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ÉTATS FINANCIERS SOMMAIRES

31 MARS 2007

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS	1
ANNEXE I	2
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	
BILAN	3
SOLDE DE FONDS	4
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	5
FONDS D'IMMOBILISATIONS	
BILAN	6
SOLDE DE FONDS	7
FONDS AFFECTÉS	
BILAN CUMULÉ	8
SOLDE DE FONDS CUMULÉ	9
NOTES COMPLÉMENTAIRES	12

PRATTE, BÉLANGER
ᑭᐅᐳᔭᓐᓂᐣ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒻᒪᔅᒪᕐᓂᐊᕐᑎ
PRATTE.BÉLANGER COMPTABLES AGRÉÉES INC.
PRATTE.BÉLANGER CHARTERED ACCOUNTANTS INC.

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du Conseil
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik

Nous avons préparé les bilans du fonds d'administration générale, du fonds d'immobilisations et des fonds affectés de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik au 31 mars 2007 et les états suivants pour l'exercice terminé à cette date:

- états du solde du fonds d'administration générale, du fonds d'immobilisation et des fonds affectés;

- états des produits et des charges du fonds d'administration générale et des fonds affectés.

Ces états financiers ont été préparés à partir des informations contenues dans le rapport financier annuel (formulaire AS-475) de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 sur lequel nous avons émis un rapport des vérificateurs daté du 8 juin 2007, incluant certaines réserves tel que décrit à l'annexe I.

À notre avis, ces états financiers résument à tous égards importants, les informations financières contenues dans le rapport financier annuel (formulaire AS-475) de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nunavik pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

Pratte, Bélanger

Pratte, Bélanger comptables agréés inc.

Le 8 juin 2007

Montréal • 1240, AVE. BEAUMONT, BUREAU 100, MONT-ROYAL (QUÉBEC) H3P 3E5
TEL. : (514) 731-5353 • FAX : (514) 731-4833 • www.pb.ca
Kuujjuaq • 310 FORD STREET, P.O. BOX 639, KUUJJUAQ, NUNAVIK J0M 1C0
TEL. : (819) 964-5353 • FAX : (819) 964-4833 • www.pb.ca

Kreston International
UN RÉSEAU MONDIAL DE COMPTABLES INDÉPENDANTS
A WORLD-WIDE NETWORK OF INDEPENDENT ACCOUNTANTS

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS (SUITE)
ANNEXE I

Services assurés non-assurés

Tel que décrit à la note 9, étant donné l'absence de politiques et de procédures requises à la gestion et à l'administration des services assurés non-assurés, nous n'avons pas été en mesure de compléter le mandat de vérification spécifique des services assurés non-assurés.

De plus, le solde à recevoir de la part du ministère de la Santé et des Services Sociaux n'est pas confirmé.

Procédures d'approvisionnement

Tel que décrit à la note 10, la Régie régionale ne possédait pas de politiques et procédures d'approvisionnement. De plus, des achats ont été effectués sans contrat et/ou d'appel d'offres.

Transactions avec les établissements

Tel que décrit à la note 7, les transactions avec le Centre de Santé Inuulitsivik n'étaient pas conciliées et balancées à la fin de l'exercice malgré l'importance des montants impliqués.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - BILAN
31 MARS 2007

	2007 $	2006 $
ACTIF		
ENCAISSE	2 085 928	870 264
DÉBITEURS (note 1 a))	2 186 294	4 535 357
	4 272 222	5 405 621
PASSIF		
CRÉDITEURS ET DETTES COURUES	1 555 087	1 226 351
MONTANT DÛ AUX FONDS AFFECTÉS	5 554 607	7 283 638
	7 109 694	8 509 989
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	(2 837 472)	(3 104 368)
	(2 837 472)	(3 104 368)
	4 272 222	5 405 621

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION:

______________________________, Administrateur

______________________________, Administrateur

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	Budget 2007 $	Réel 2007 $	Réel 2006 $
SOLDE À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	(3 179 160)	(3 104 368)	(2 978 845)
Ajustement des années antérieures	-	418 387	-
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges	(278 408)	(151 491)	(125 523)
SOLDE À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE	(3 457 568)	(2 837 472)	(3 104 368)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	Budget 2007 $	Réel 2007 $	Réel 2006 $
PRODUITS			
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - opérations régulières	4 236 990	4 420 337	3 780 171
Location de résidences	322 000	317 973	323 787
Intérêts	7 500	94 781	49 762
Charges administratives	98 073	111 579	116 508
Administration Régionale Kativik	-	-	18 604
Affaires municipales	-	210 793	205 802
Autres produits	205 998	38 894	51 667
	4 870 561	5 194 357	4 546 301
Revenu reporté à l'ouverture de l'exercice	-	-	170 206
Revenu reporté à la fermeture de l'exercice	-	-	-
	-	-	170 206
	4 870 561	5 194 357	4 716 507
CHARGES			
Administration générale	3 822 204	4 227 237	3 669 635
Conseillers en santé communautaire	897 076	628 018	715 742
Charges d'opération du bâtiment	429 689	490 593	456 653
	5 148 969	5 345 848	4 842 030
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	(278 408)	(151 491)	(125 523)

PB

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - BILAN
31 MARS 2007

	2007	2006
	$	$
ACTIF		
IMMOBILISATIONS CORPORELLES		
Équipement informatique et de bureau	2 237 354	2 150 874
Résidences et sixplex à Kuujjuaq	5 826 158	5 808 703
Mobilier de résidences	303 055	303 055
Bâtiment	3 204 479	3 058 165
Équipement spécialisé	66 016	66 016
Véhicules	126 516	76 146
	11 763 578	11 462 959
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	11 763 578	11 462 959
	11 763 578	11 462 959

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	2007 $	2006 $
SOLDE À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	11 462 959	11 432 604
Immobilisations acquises par le fonds d'administration générale	107 631	-
Immobilisations acquises par les fonds affectés	192 988	30 355
SOLDE À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE	11 763 578	11 462 959

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - BILAN CUMULÉ
31 MARS 2007

	2007 $	2006 $
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
ENCAISSE	196 730	93 599
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	5 554 607	7 283 638
DÉBITEURS (note 1 b))	37 796 008	32 040 235
	43 547 345	39 417 472
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
EMPRUNTS BANCAIRES (note 4)	1 594 630	1 334 338
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	16 038 248	13 373 676
FINANCEMENT TEMPORAIRE	9 635 801	7 734 855
RÉSERVE POUR FORMATION (note 5)	103 930	103 930
REVENU REPORTÉ (note 2)	195 462	-
PORTION COURT TERME DES OBLIGATIONS À PAYER (note 6)	1 466 061	2 594 374
	29 034 132	25 141 173
OBLIGATIONS À PAYER (note 6)	10 391 382	11 857 442
	39 425 514	36 998 615
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	4 121 831	2 418 857
	4 121 831	2 418 857
	43 547 345	39 417 472

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
ADMINISTRATION				
Fonds provinciaux				
Management des services assurés/non-assurés	103 142	275 000	268 776	109 366
Programme des services assurés/non-assurés	-	23 531 119	23 531 119	-
Mesure d'urgence	411 861	622 780	637 243	397 398
Implantation du système informatique	14 790	-	14 790	-
Construction de résidences	(66 641)	-	10 545	(77 186)
MEO Orientation technologique	29 291	-	-	29 291
Planification stratégique	(81 475)	-	106 823	(188 298)
Fonds fédéraux				
PACS-Téléradiologie	-	-	-	-
Autres Fonds				
Fonds d'immobilisation des établissements	-	2 642 053	2 642 053	-
ITK - engagements régionaux	-	213 750	58 172	155 578
Réseau communautaire - Jeunesse du Nunavik	287 262	40 605	471	327 396
Technocentre	-	195 274	195 274	-
Services d'administration régionale	-	333 992	333 992	-
	698 230	27 854 573	27 799 258	753 545
SANTÉ PUBLIQUE				
Fonds provinciaux				
Plan d'action de lutte au tabagisme	(132 915)	-	-	(132 915)
Programme de sécurité des aliments	75 787	-	7 320	68 467
Dépistage du cancer du sein - Volet régional	(135 753)	-	-	(135 753)
Campagne publicitaire anti-tabac	(26 080)	-	-	(26 080)
Recherche sur la prévention des blessures	10 000	-	-	10 000
Sida et MTS - Information et prévention	70 572	-	31 397	39 175
Hépatite C	6 035	-	-	6 035
Vaccins B - Sec. 5	75 877	104 648	11 772	168 753
Services globaux en périnatalité	30 726	-	30 726	-
Campagne de promotion	8 463	-	4 530	3 933
Enquête sur la santé des Inuits	92 715	-	6 781	85 934
Promotion de l'allaitement	8 404	-	3 259	5 145
Fonds fédéraux				
Programme de nutrition	18 426	-	3 205	15 221
Coordinateur de NCP nationale	-	-	3 177	(3 177)
Programme de tabagisme fédéral	(2 907)	107 779	76 847	28 025
FAS	5 286	263 814	196 521	72 579
Diabète	(15 239)	241 835	220 336	6 260
Programme de nutrition	115 629	250 867	256 960	109 536
Consultation Santé	50 000	-	-	50 000

FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)				
Autres fonds				
Santé dentaire pour école primaire	-	20 000	-	20 000
Alphabétisation - "Comment j'ai quitté"	-	99 300	-	99 300
Santé et sécurité au travail	74 426	341 940	369 896	46 470
Kino-Québec	26 041	38 600	31 033	33 608
Projet réseau Arctique	-	49 696	5 725	43 971
	355 493	1 518 479	1 259 485	614 487
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION				
Fonds provinciaux				
Formation trousse médico-légal	-	13 800	-	13 800
Programme de santé des femmes	-	61 614	-	61 614
Rétention des infirmières	-	33 119	-	33 119
Programme des sages-femmes	55 837	-	8 803	47 034
Soins à domicile	(23 121)	-	-	(23 121)
Maintien à domicile des personnes handicapées (OPHQ)	557	-	-	557
Autres programmes	10 091	-	2 080	8 011
Priorité régionale	-	-	-	-
Développement du personnel cadre	111 632	88 629	170 959	29 302
Emploi et stage d'été	(146 894)	68 907	81 669	(159 656)
Plan de participation communautaire	70 955	45 000	138 126	(22 171)
Stage de résidence en médecine familiale	(92 244)	-	157 667	(249 911)
Prime d'installation - Bourse de formation	341 503	371 425	399 694	313 234
Organisation des services - Infirmerie	120 000	100 000	173 160	46 840
Cancer	40 323	-	73	40 250
Harmonisation des services - Centres Hospitaliers-CLSC	-	79 051	18 000	61 051
Prévention du suicide	76 170	145 488	90 051	131 607
Interruption volontaire de grossesse	(16 535)	-	-	(16 535)
Déficience physique et intellectuelle	135 005	-	26 238	108 767
Déficience intellectuelle - support familial	-	72 055	-	72 055
Fournitures spécialisées - Personnes handicapées	23 121	-	-	23 121
Formation infirmières - intervention	16 968	70 000	15 491	71 477
Amélioration des services: Déficience physique	(392)	83 230	26 912	55 926
Violence contre la femme - support parental	-	30 000	30 000	-
Violence contre les enfants	-	22 836	557	22 279
Troubles du développement	629	-	-	629
Santé mentale - Formation gestion de crises	-	54 086	-	54 086
Violence contre la femme	(33 672)	305 633	56 806	215 155
Organisation communautaire - formation	-	160 000	-	160 000
Santé mentale - support pour projets cliniques	-	55 487	-	55 487
Prévention du suicide - stratégie régionale	(29 430)	413 692	6 428	377 834
Cancer du sein - diagnostique et support au patient	-	25 661	3 133	22 528
Services aux aînés	(1 013)	49 960	50 000	(1 053)
Formation - adaptation de la main d'œuvre	-	100 000	9 243	90 757
Réorganisation protection de la jeunesse	33 549	105 554	60 260	78 843
Programme jeunesse - Coordonnateur régional	-	102 836	10 420	92 416
Formation sur la gestion des crises	48 946	-	6 128	42 818
Santé mentale communautaire	177 249	-	41 494	135 755
Troubles de la parole - formation Centres de la Petite Enfance	(19 075)	81 911	39	62 797

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION (SUITE)				
Formation	142 735	80 000	115 690	107 045
Comité psychosocial	142 215	-	-	142 215
Troubles de la parole - développement du programme	-	83 230	-	83 230
CLSC - Développement régional stratégique	-	45 000	-	45 000
Troubles de développement - comité régional	-	18 796	-	18 796
Déficience intellectuelle - tableau d'évaluation	(12 555)	164 924	-	152 369
Fonds fédéraux				
Carrières de la santé	7 942	-	7 942	-
Soins à domicile	(41 785)	1 874 804	1 897 429	(64 410)
FAE	-	-	-	-
Violence familiale	(14 851)	169 200	151 614	2 735
Soins aux adultes invalides	-	25 744	25 721	23
Santé mentale communautaire	159 348	773 623	777 962	155 009
Stratégie pour la prévention du suicide	-	167 390	137 551	29 839
Grandir ensembles	6 720	1 025 218	1 024 650	7 288
Autres fonds				
Fondation de guérison	75 206	395 134	470 340	-
Cadres - adaptation de la main d'œuvre	-	55 095	37 137	17 958
	1 365 134	7 618 132	6 229 467	2 753 799
	2 418 857	36 991 184	35 288 210	4 121 831

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2007

1. DÉBITEURS

	2007 $	2006 $
a) Fonds d'administration générale		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	117 049	188 525
Avances aux employés	28 612	17 107
Récupération de TPS/TVQ	318 867	418 549
Centre de Santé Inuulitsivik	1 524 673	3 409 827
Centre de Santé Tulattavik	231 031	747 673
Affaires Indiennes et du Nord Canada	3 617	3 617
Autres	718 000	461 324
	2 941 849	5 246 622
Provision pour mauvaises créances - fonds d'opération	(531 935)	(500 665)
Provision pour mauvaises créances - fonds assignés	(223 620)	(210 600)
	2 186 294	4 535 357
b) Fonds affectés		
Affaires Indiennes et du Nord Canada	20 179	20 179
Santé Canada	2 066 768	2 193 969
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - SANA (note 9)	11 475 542	5 089 613
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Autres	1 054 486	1 083 056
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Obligations	11 857 443	14 451 817
Corporation d'hébergement du Québec	10 920 723	8 961 629
Administration Régionale Kativik	-	100 637
Autres	400 867	139 335
	37 796 008	32 040 235

2. REVENU REPORTÉ

Le revenu reporté est composé comme suit:

	2007 $	2006 $
Soins à domicile	195 462	-
	195 462	-

3. EMPRUNTS BANCAIRES - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Les emprunts bancaires sont utilisés pour financer temporairement les achats d'actifs à long terme jusqu'à l'encaissement des fonds de la Corporation d'hébergement du Québec. Ils consistent en dix (10) marges de crédit auprès de la Banque Canadienne Impériale de Commerce, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque et viennent à échéance à différentes dates.

4. EMPRUNT BANCAIRE - CONSTRUCTION

Un emprunt bancaire a été obtenu pour la construction de duplexes à Kuujjuaq. Il a été émis par la Banque Canadienne Impériale de Commerce le 1er mars 2002 à un taux d'intérêt de 5,910% et vient à échéance le 1er mars 2027. Les paiements en capital et intérêts font partie des dépenses du fonds d'opération. La balance de cet emprunt à la fin de l'année est de 2 000 097 $.

5. RÉSERVE POUR FORMATION

La Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux a créé une réserve pour la formation. Les fonds ont été mis de côté à partir des programmes Grandir ensemble et Santé mentale communautaire, pour offrir de la formation aux travailleurs de ces programmes. En date du 31 mars 2007, le montant total de la réserve était de 103 930 $.

L'intention est d'instaurer des cours par correspondance en collaboration avec d'autres organisations du Nunavik, cette formation menant à un diplôme collégial. Une entente avec l'Institut Autochtone de formation du Québec a été conclue pour mener à terme ce programme de formation.

6. OBLIGATIONS À PAYER

	$
Obligations émises le 1er avril 2000, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux variable et venant à maturité le 31 mars 2023. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	5 181 202
Obligations émises le 30 mars 2001, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 6,118% et venant à maturité le 1er décembre 2015. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	668 724

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2007

6. OBLIGATIONS À PAYER (SUITE)

	$
Obligations émises le 31 mars 2001, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 6,118% et venant à maturité le 1er décembre 2015. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	1 023 492
Obligations émises le 30 mars 2001, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 5,548% et venant à maturité le 1er octobre 2007. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	23 657
Obligations émises le 16 juin 2003, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 4,264% et venant à maturité le 1er décembre 2008. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	4 332 371
Obligations émises le 16 juin 2003, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 4,264% et venant à maturité le 1er décembre 2008. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle.	627 997
	11 857 443
Moins: portion à court terme	1 466 061
	10 391 382

7. TRANSACTIONS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS

Les transactions, recevables et payables, avec le Centre de Santé Inuulitsivik n'étaient pas conciliées et balancées à la fin de l'exercice malgré l'importance des montants impliqués. L'écart net de ces transactions est estimé à 399 780$. Ce montant est basé sur un estimé préliminaire puisque la vérification du Centre de Santé Inuulitsivik n'était pas terminée au moment de la sortie des présents états financiers.

8. ANALYSE DES ANNÉES ANTÉRIEURES

Les analyses des rapports financiers 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006 par le MSSS n'étaient pas disponibles au moment de la sortie des présents états financiers. Tout ajustement résultant de ces analyses sera reflété dans les états financiers de l'année 2007-2008.

9. SERVICES ASSURÉS NON-ASSURÉS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN) n'a pas signé d'entente spécifique avec le MSSS reliée aux services assurés/non-assurés (SANA). Le seul document disponible est un cadre de référence daté du 12 décembre 2004.

Selon ce document, la RRSSSN détient la responsabilité directe de la gestion des SANA et de ses fonds. Pour ce faire, la RRSSSN devait élaborer, approuver et appliquer des politiques et procédures spécifiques pour l'administration du programme.

Cependant, ces politiques et procédures n'étaient pas préparées au courant de l'année financière 2005-2006. Seulement une politique concernant le transport des patients a été mise à jour et approuvée en cours d'année. Cette politique n'est suivie et appliquée qu'en partie et ne couvre pas tous les critères spécifiques des SANA. De plus, les fonds reçus par la RRSSSN pour les SANA ont été entièrement transférés aux établissements sans aucune condition ou ligne de conduite.

Étant donné l'absence de politiques et de procédure, le mandat de vérification spécifique aux SANA n'a pu être conduit sur la majorité des activités et fonds reliés aux SANA.

Seulement la portion du programme reliée aux lunettes, prothèses dentaires ainsi qu'aux médicaments, fournitures médicales et équipements à l'extérieur de la région a fait l'objet d'une vérification spéciale. Cette portion représente environ 3% des coûts totaux des SANA. La liste qui suit présente ce qui ressort de cette vérification :

- les politiques et procédures à ce sujet de Santé Canada sont suivies et appliquées. Un projet de dérivé était disponible sans qu'il n'y ait aucune preuve de son approbation par le Conseil ;
- toutes les dépenses ont pu être retracées aux noms des patients et à la liste des bénéficiaires ;
- comme l'année 2004-2005 est la première de l'application des SANA, aucune donnée historique n'était disponible. Cependant, il était clair que les lunettes et prothèses dentaires n'étaient réclamées qu'une seule fois par le même patient ;
- la dépense reliée aux médicaments à l'extérieur de la région n'était pas toujours alignée avec la liste des médicaments approuvés par Santé Canada. La liste des médicaments de la RAMQ était parfois utilisée;
- il n'était pas évident que les médicaments génériques étaient en tout temps favorisés.

De plus, le ministère de la Santé et des Services Sociaux n'a pas confirmé le solde à payer à la RRSSSN en lien avec les SANA. Ce solde inclus dans les comptes à recevoir se détaille comme suit:

	$
2005-2006	5 089 613
2006-2007	6 385 929
	11 475 542

10. PROCÉDURES D'APPROVISIONNEMENT

La Régie régionale n'a pas de politiques ou de procédures d'approvisionnement approuvées et certains achats ont été effectués sans appel d'offres et la plupart des services achetés ne sont pas accompagnés de contrats valides.

De plus, dans la plupart des cas, la preuve d'approbation par le directeur ou le responsable de budget n'était pas disponible avec la facture du fournisseur lors du paiement de celle-ci.

C. P. / P.O. Box 900 Kuujjuaq (Québec) J0M 1C0
ᐅᖄᓚᒍᑎᒃ / Tel: (819) 964-2222
ᓱᑲᑦᑐᖅ / Fax: (819) 964-2888
www.rrsss17.gouv.qc.ca